

بِه نام خدا

جنبه های روانشناختی اعتیاد در بارداری


- ارائه دهنده: دکتر سید داود حسینی
- روانپزشک. فلوشیپ سایکوسوماتیک




Substance use in pregnancy is a common and important issue in maternity care.

The use of tobacco and alcohol are common, but the use of cannabis, opioid analgesics, heroin, amphetamines and newer “synthetic” drugs are also important.


The **simultaneous use** of several drugs (‘polysubstance use’) is a common phenomenon.



Substance use is associated not only with adverse pregnancy outcomes, but with a cascade of health, legal, social, and financial problems that adversely affect the welfare of the **mother and child**. For these reasons, broad **psychosocial assessment** is necessary to understand the reasons for the woman's substance use.



The use of alcohol and drugs by pregnant women can result in significant maternal, fetal, and neonatal morbidity. In general, pregnant women with substance use disorders are **less likely to seek prenatal care, and they have higher rates of infectious diseases such as HIV, hepatitis, and other sexually transmitted infections.**



Management of substance use disorders is **complicated because of the associated comorbid conditions and psychosocial and socioeconomic factors, such as mental health problems, and lack of supports.**



Co-existing mental health disorders

Anxiety and depression, bipolar disorder , schizophrenia or personality disorders may contribute to substance use in pregnancy, or may be the effect of substance use.




If a mental health disorder is suspected, referral to a mental health service, Liaison psychiatrist, or community mental health service should be undertaken.




Management

The following specialised modules of care may be undertaken as deemed appropriate:

- 1. Treatment of withdrawal, including pharmacotherapy.**
- 2. Provision of information about substance use, and encouragement to participate in decisions about care.**
- 3. Involvement of the partner, family, the extended family and community according to the woman's preference and available supports.**

- 
- 4. Medical, mental health, psychosocial, pregnancy, and drug and alcohol management, and care of co-morbidities.**
 - 5. Pre-birth child protection notification to be made.**
 - 6. Pre- birth liaison with paediatric colleagues to provide early counselling for parents of possible outcomes for baby**

- 
- 7. Management of Neonatal Abstinence Syndrome if this occurs.**
 - 8. Information, counselling and support are provided to minimize the incidence of relapse.**
 - 9. Appropriate follow-up arrangements are made for both mother and baby**



- **Neonatal Abstinence Syndrome**

Monitoring of the neonate is recommended, with neonatal abstinence syndrome scoring according to the appropriate guidelines.

The neonate of a woman with substance use disorder may develop signs of withdrawal, usually within the first week of life. Opioids, alcohol, cannabis, benzodiazepines, amphetamines and antidepressants are most commonly implicated.




The effect on the neonate depends on the substance used, the amount, duration, maternal renal and hepatic function and whether full-term or preterm.




Alcohol


Use of alcohol in pregnancy is common. Less than 1% of women report alcohol use in pregnancy to maternity care givers, but population surveys show that one third drink some alcohol during pregnancy, commonly in the setting of an unplanned pregnancy and two thirds drink some alcohol during lactation.




Alcohol is a **teratogen**. The sensitivity of the fetus to the adverse effects of alcohol varies between women, and between different stages of gestation. Internationally, there is **no consensus** on a safe level of alcohol use during pregnancy and while breast feeding.



Alcohol consumption in pregnancy can have differing effects upon the fetus, including lifelong problems such as the **Fetal Alcohol Spectrum Disorder. The impact and nature of this can be related to both the amount of alcohol consumed and to when in the pregnancy it was consumed.**



Heavy alcohol consumption in pregnancy can lead to the development of the **Fetal Alcohol Syndrome**, which can result in varying degrees of neurodevelopmental and intellectual impairment and can include facial dysmorphic changes. Systematic review of the evidence for low to moderate alcohol intake shows that fetal damage is **dose-related**.



Drinking lesser amounts regularly, or partaking in episodes of binge drinking, can result in **lesser forms of problems seen within the Fetal Alcohol Syndrome, including physical, mental and behavioural problems which can be lifelong.**




If a woman accepts the advice to cease drinking alcohol, inpatient treatment, or outpatient support may be arranged according to circumstances. Follow-up care and ongoing support are required.



Tobacco

Smoking during pregnancy is harmful to both the mother and fetus. The 2002 United States Linked Birth/Infant Death Data Set reveals that it remains one of the most prevalent preventable causes of infant death and illness.



Many of the constituents of cigarette smoke are potentially toxic to the developing fetus, including lead, nicotine, cotinine, cyanide, cadmium, mercury, carbon monoxide and polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs).



Carbon monoxide leads to potential **hypoxic changes** by binding to the haemoglobin molecule.

Nicotine has been found in fetal blood, amniotic fluid and breast milk.



pregnancy complications associated with smoking include:

Spontaneous abortion, ectopic pregnancy, placental abruption, and premature rupture of the membranes all of which contribute to an increased risk of preterm delivery and neonatal morbidity and mortality.



Cannabis


The self-reported prevalence of cannabis use during pregnancy ranges from 2% to 5% in most studies.

Cannabinoids, which are absorbed from the lungs when smoked or from the gastrointestinal tract when ingested, mediate the effects of cannabis.



Tetrahydrocannabinol (THC) is a small molecule that is distributed rapidly to the brain and fat.

Metabolized by the liver, the half-life of THC varies from 20–36 hours in occasional users to 4–5 days in heavy users and may require up to 30 days for complete excretion.




In animal models, THC crossed the placenta, producing fetal plasma levels that were approximately 10% of maternal levels after acute exposure. Significantly higher fetal concentrations were observed after repetitive exposures.




Opioids

A small number of pregnant women use heroin, usually with other substances. Use in conjunction with benzodiazepines, alcohol, analgesics, or antihistamines may cause respiratory depression and death.

Substance dependency due to the use of opioid analgesics may occur. Opioid use in pregnancy affects the capacities for self-care and for safe parenting.



Counselling about intravenous substance use should include discussion of the hazards of transmission of blood borne viruses such as Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immunodeficiency Virus, as well as the risk of bacterial endocarditis and local IV site infection.



Dependent opioid users are managed with psychosocial support, pharmacotherapy with methadone or buprenorphine (including appropriate dose escalation in pregnancy as needed), management of comorbidities and management of neonatal abstinence syndrome if this occurs.



Benzodiazepines

Benzodiazepines may be used in pregnancy to manage anxiety until other medicines take effect.

They are not appropriate for long-term use because dependence occurs readily. There are no confirmed teratogenic effects, however benzodiazepines may cause respiratory depression and death if combined with alcohol or opioids.



Tolerance to benzodiazepines occurs and dependent users may require high doses until the problem is addressed.

Benzodiazepine withdrawal syndrome mimics anxiety and panic attacks, and may lead to seizures.



Short-acting benzodiazepines more readily lead to dependency but have less direct effect on the neonate in breastfeeding mothers.

Long-acting benzodiazepines are more readily discontinued but may cause neonatal hypotonia.



Methamphetamine

The incidence of methamphetamine use in pregnancy is likely to be **increasing**.
This may have both maternal and neonatal consequences.



concluded that MA use during pregnancy was associated with a higher incidence of preterm birth and lower birth weight, especially if used continuously during pregnancy.

They also concluded that stopping MA use at any time during pregnancy improved birth outcomes.



MA use increases mental and physical activity producing tachycardia, arrhythmia and elevated body temperature.

Long-term use may lead to mental health disorders including anxiety and depression , confusion, a tendency to violence and insomnia.

در ادامه...

(از مجموعه «راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری ، زایمان ، شیردهی و نوزادی» -
تدوین در وزارت بهداشت)

بطور خلاصه:

سوء مصرف مواد در دوران بارداری نه تنها با اثرات منفی برای مادر همراه است، بلکه اثرات مخرب در جنین هم بدنبال دارد. مدیریت و درمان وابستگی به مواد در بارداری برخی ملاحظات خاص خودش را دارد و لازم است درمانگر به آنها توجه کند.

مصرف مواد اپیویدی در بارداری:

مصرف اپیویدها می تواند سبب کاهش وزن نوزاد، نارسایی و حتی مرگ نوزاد شود و با عوارضی در مادر از جمله افزایش خونریزی حین زایمان ، دکولمان، پره اکلامپسی و... همراهی دارد.

علاوه بر اینکه مصرف و بیش مصرف اپیوئیدها اثر سوء روی جنین دارد، سندرم محرومیت مادر می تواند سبب افزایش فعالیت عضلانی، افزایش سوخت و ساز و مصرف اکسیژن در جنین شود و خطر مرگ جنین را در پی داشته باشد. خطر محرومیت در اواخر بارداری بیش از اوایل بارداری است که علت آن افزایش نیاز به اکسیژن و میزان بالاتر هیپوکسی در این دوران است.

نیکوتین:

بیش از 60 درصد زنان وابسته به اپیوئیدها، مصرف سیگار به شکل سنگین دارند. نیکوتین قادر به عبور از جفت است و با عوارض گوناگون مثل هیپوتروفی جفت، نارسایی جفت، سقط جنین، تأخیر رشد جنین و وزن پایین حین تولد همراه است که ناشی از میزان بالای CO است. نوزادان متولد شده از مادران سیگاری قهار، علائم ترک مشابه ترک مواد اپیوئیدی اما با شدت کمتر بروز می دهند که موسوم به «سندرم تنباکوی جنینی» است.

کانابیس:

مانند سیگار، در مصرف کنندگان مواد اپیوئیدی، شیوع مصرف کانابیس بالاست. برخی شواهد آثار سوء مصرف کانابیس روی جنین را تأیید کرده اند که می تواند بصورت کاهش رشد جنینی و مرگ باشد.

الکل:

بسیار مضر است و تراتوژن است و بویژه روی CNS اثرات جبران ناپذیری دارد.
عارضه شناخته شده الکل در بارداری: سندرم الکل جنینی (با محدودیت رشد، ناهنجاریهای صورت و اختلال سیستم اعصاب مرکزی)

محرکها:

بدلیل راحتی عبور از جفت و اثرات بالقوه سوء، با عوارض جنینی از جمله نقایص شناختی و متابولیک همراه است. کوکایین می تواند اثرات تراژوژن روی جنین داشته باشد و نیز در مادر باردار سبب اثرات قلبی -عروقی خطرناک از جمله ایسکمی، کریز فشار خون، حوادث مغزی-عروقی و حتی مرگ شود.

غربالگری مواد در بارداری:

غربالگری ، مهمترین راه برای شناسایی به موقع مصرف کنندگان مواد است .
بهترین زمان ، قبل از بارداری است تا هزینه ها و عوارض به طور محسوس کاهش یابد .
کشف مواد در این زمان فرصت کافی درمان قبل از باردار شدن را می دهد .
شایسته است ترتیبی اتخاذ شود بطور عام غربالگری مواد در آزمایشات قبل از بارداری گنجانده شود .

مدیریت زمان زایمان:

در مصرف کنندگان مواد اپیویدی، قطع ناگهانی در زمان بستری و زایمان و عدم جایگزین مناسب، خطر علائم ترک در مادر و جنین و نوزاد تازه متولد شده را دارد.

لازم است تا احتمال مصرف مواد در زنان باردار در نظر گرفته شود تا از مصرف مواد غیر قانونی اجتناب شود و مدیریت مناسب علائم ترک انجام شود.

در کلیه موارد بویژه در موارد شک قوی باید از آزمایشات مناسب از جمله **Rapid Test** بهره برد.

درزنانی که تحت درمان با متادون هستند، دوز معمول متادون روی کاهش درد زایمان اثر ندارد و درد زایمان باید به گونه ای دیگر مدیریت شود.

بدلیل تحمل متقاطع به سایر اپیوئیدها، داروهایی چون پتیدین بی اثر هستند و لازم است با روشهای غیر دارویی ضد درد و گاز انتونوکس (ترکیبی از نیتروس اکساید و اکسیژن) درد را کاهش داد یا در صورت عدم پاسخ، از تکنیکهای بیحسی موضعی کمک گرفت.

در زنان تحت درمان با بوپرنورفین، برای مدیریت درد حین زایمان، مشابه متادون عمل می شود و از سایر روشهای ضد درد مثل استفاده از استامینوفن استفاده می شود.

درمان نگهدارنده با آگونیستها:

در بارداری، درمان نگهدارنده با متادون، با در نظر گرفتن اثرات آن بر جنین، سندرم ترک نوزادی و اثرات آن بر مراقبت بارداری مناسب ترین درمان به حساب می آید.

بوپرنورفین با دوزهای پایین، متوسط و بالا بطور معنی داری بر پلاسبو در درمان وابستگی به اپیوئیدها برتری دارد با اینحال در مقایسه با متادون برای **درمان نگهدارنده، کمتر** موثر است، اما از لحاظ سرکوب مصرف اپیوئیدها در افرادی که در درمان باقی مانده اند، تفاوتی دیده نمی شود.

درمان حین بارداری:

با وجودیکه حذف کامل اپیوئیدها در بارداری می تواند هدف ایده آلی باشد، اما تاکید زیاد به پرهیز، خطرات گوناگون از جمله ریسک لغزش و احتمال مسمومیت در بیش مصرف و سندرم ترک در قطع ناگهانی و عوارض مادری-جنینی را به دنبال دارد.

هم متادون و هم بوپرنورفین هر دو در بارداری در طبقه C قرار دارند و اثرات ترا توژن شناخته شده ای ندارند. با وجودیکه بررسی ها نشان داده متادون در بارداری بر بوپرنورفین ارجحیت دارد، خطر سندرم ترک نوزادی با بوپرنورفین کمتر از متادون است.

بیمارانی که از قبل از بارداری روی بوپرنورفین بودند، یا آنهایی که بدلیل برخی بیماریهای قلبی -عروقی برای متادون مناسب نیستند، کاندیداهای دریافت و ادامه بوپرنورفین در طی بارداری هستند.

انتقال از درمان نگهدارنده با متادون به بوپرنورفین:

این انتقال خطر عدم تثبیت را بدنبال دارد و به این دلیل در طول بارداری توصیه نمی شود و تنها در صورتی مد نظر است که ادامه درمان نگهدارنده با متادون ممکن نباشد.

در صورت تصمیم به این جابجایی، زمان مناسب سه ماهه دوم و سوم است، با اینحال ممکن است با عوارضی چون خلق دیس فوریک و احساس سبکی سر همراه است.

تجویز مورفین سریع رهش به مدت سه روز قبل از القای بوپرنورفین می تواند در این موارد کمک کننده باشد.

در مورد سم زدایی با متادون در بارداری، بدلیل خطراتی چون افزایش خطر سقط، زایمان زودرس، مرگ جنین و ریسک عود مصرف مواد مخدر توصیه نمی شود.

اگر شرایطی باشد که مجبور به این کار شویم، زمان مناسب سه ماهه دوم و در صورت پایدار بودن شرایط بارداری است چرا که در سه ماهه اول خطر سقط و در سه ماهه سوم خطر زایمان زودرس و مرگ جنین وجود دارد.

مساله وابستگی به نیکوتین:

انجام مشاوره های ترک سیگار در کاهش و قطع مصرف سیگار در بارداری موثر است. ترکیبی از درمانهای دارویی (مثلاً داروهای جایگزین نیکوتین) و رواندرمانی، موفقیت ترک را بیشتر از هر کدام از درمانها به تنهایی، افزایش می دهد.

در صورت استفاده از درمان جایگزین نیکوتین در بارداری، لازم است تا از کمترین دوز موثر استفاده شود. با وجود اثربخشی مطلوب بوپروپیون و وارنیکلین، برای استفاده از آنها در بارداری مطالعت بیشتری لازم است.

درمان وابستگی به بنزودیازپین ها:

برای کم کردن عوارض، لازم است قطع بنزودیازپین ها در بارداری آهسته انجام شود. یک روش مطلوب این است که ابتدا دوز بنزودیازپین مصرفی به $2/3$ تا $3/4$ دوز معادل از یک بنزودیازپین طولانی اثر مثل دیازپام تبدیل شود و سپس روزانه 10 درصد دوز آن تا قطع کامل کاهش یابد.

درمان اختلالات کوموربید:

اغلب زنان باردار مصرف کننده مواد حداقل از یک اختلال روانپزشکی دیگر رنج می برند (Dual Diagnosis)
این مساله لزوم غربالگری سایر اختلالات را در زنان باردار برای تشخیص و درمان مطلوب را نشان می دهد.

درمان نگهدارنده با داروهای آنتاگونیست:

ایمنی و اثربخشی نالترکسون در بارداری اثبات نشده است و بهتر است در زمان بارداری از این دارو استفاده نشود.

با تشکر از بذل توجه شما

