

# ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به موادمخدر

1

دکتر هیرمن پور  
گروه بیهوشی و مراقبتهای  
ویژه



# ارزیابی مادر وابسته به مواد (یا مشکوک به وابستگی)

○ اخذ تاریخچه و معاینه بالینی

○ ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما)

○ کنترل علائم حیاتی (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس).

○ معاینه مردمکها از نظر اندازه، گشادی و واکنش به نور.

○ 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

○ **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 میکنند

# اقدامات حمایتی

# اقدامات حمایتی

## مراقبت‌های مورد نیاز جهت پیشگیری (یا کنترل) علائم یا نشانه‌های مسمومیت و یا محرومیت

- مهمترین این اقدامات،
- **درمان‌های علامتی** در صورت افزایش درجه حرارت، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، بیقراری واضطراب، تشنج، کاهش تنفس، تهوع و استفراغ، درد عضلات، دستورالعمل تجویز مخدر جایگزین، دستورالعمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان و سم زدایی از دستگاہ گوارش می باشد

## افزایش درجه حرارت بیشتر از ۳۸ درجه (هیپرترمی)



- برطرف کردن بیقراری
- کاهش فعالیت عضلانی
- جایگزینی مایعات ( ترجیحا نرمال سالین)
- استفاده از ملافه خیس و پنکه، پاشویه، تجویز مایعات خوراکی (در صورت NPO نبودن)
- در نهایت پارالیز و اینتوباسیون

از پنکه برای  
کاهش دما  
استفاده کنید

پاهای را بلند کنید

کمپرس آب سرد  
کنید

مایعات بدهید

بیمار را رو به بالا بخوابانید

© ADAM, Inc.

## نکات مهم

○ 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.

○ 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



## 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

○ درمان در صورت  $BP \geq 160/110$

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 منیزیم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسرین زیر زبانی ۰/۴ میلی گرم

## نکات مهم:

- بالا بودن فشار خون ناشی از پراکلامپسی و اکلامپسی در نظر گرفته شود
- 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.
- 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 بیقراری و اضطراب فشار خون بیمار نیز کنترل می گردد

## بیقراری یا اضطراب

- تجویز دارو به یکی از روشهای زیر انجام شود
- با توجه به شدت بیقراری : **میدازولام** ۵-۱۰ میلی گرم عضلانی ویا ۱-۲ میلیگرم وریدی ( تکرار در صورت نیاز هر ۱۰ دقیقه)
- **دیازپام** که در موارد خفیف ۲-۵ میلی گرم وریدی و در موقع شدید تر ۵-۱۰ میلی گرم وریدی تکرار هر ۴ ساعت

## نکات مهم:

- 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
- **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

## نکات مهم:

○ در صورت بیقراری 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 ایزومتريک** می تواند منجر به اسیدوز لاکتیک، هیپرترمی و از کار افتادن ناگهانی قلب و مرگ شود. بیقراری بیمار باید از طریق داروهای فوق کنترل شود



○ در صورت شدت بیقراری پارالیز و اینتوباسیون بیمار

# 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 پهلو 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 ۶ - ۴ لیتر در هر دقیقه
- گذاشتن **Airway** 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:

- 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.
- 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
- برای کنترل تشنج به علت مسمومیت‌های دارویی یا مواد مخدر، فنی توین **نباید** تجویز 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:

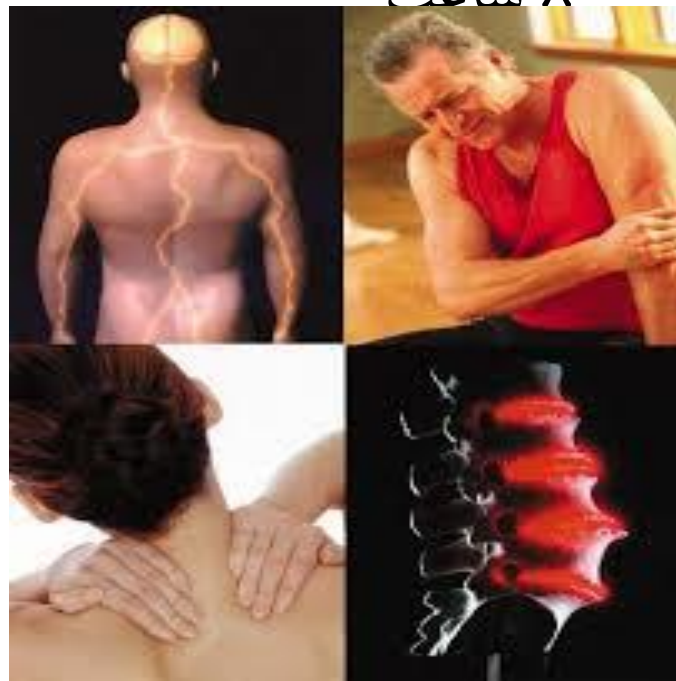
- (1) **فنتیازین ها:** پرومتازین ۱۲/۵-۲۵ میلی گرم خوراکی یا وریدی ویا کلرپرومازین ۲۵ - ۱۰ میلی گرم بصورت وریدی هر ۶ ساعت و یا ۲۵ میلی گرم عضلانی هر ۶ ساعت
- (2) **متوکلوپروماید** ۵-۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت وریدی
- (3) **مهار کننده های سروتونین:** اندانسترون . گرانیسترون ۴-۸ میلی گرم به صورت آهسته وریدی



# درد عضلات

○ ماساژ، کمپرس گرم، استفاده از ژلهای موضعی

○ آپوتل 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



# دستور عمل تجویز مخدر جایگزین

## برای کنترل علائم محرومیت



### Withdrawal Symptoms



#### Psychological

- Anxiety
- Restlessness
- Irritability
- Insomnia
- Headaches
- Poor concentration
- Depression
- Social isolation

#### Physical

- Sweating
- Heart Palpitations
- Muscle tension
- Tightness in the chest
- Difficulty breathing
- Tremors
- Nausea
- Vomiting, or diarrhea

# به منظور پیشگیری یا درمان علائم محرومیت از مواد، مخدر جایگزین به شرح زیر تجویز شود:

**الف) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: مواد افیونی و یا کراک ایرانی):**

- 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 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر ۱۲-۲۴ ساعت یک بار آن را تکرار نمود

○ 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 ۵-۱۰ میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر ۴-۶ ساعت یک بار آن را تکرار کرد

○ **ب) مادران وابسته به مواد(نوع ماده مصرفی: سایر گروهها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی:**

○ انجام اقدامات حمایتی (درمان جایگزین ندارند)



پیشگیری یا بروز علائم محرومیت  
در مادر باردار وابسته به مواد

نوع ماده مصرفی:  
مواد افیونی و یا کراک ایرانی

نوع ماده مصرفی:  
مواد محرک (به غیر از کراک ایرانی) - مواد توهم زا -  
حشیش و ترکیبات مشابه - مواد دخانی - مواد الکلی

در طی بارداری تحت  
درمان جایگزین نبوده  
است.

در طی بارداری تحت درمان جایگزین با متادون  
(MMT) بوده است.

درمان جایگزین ندارند  
انجام اقدامات حمایتی

۱- تجویز مورفین عضلانی  
۲- در صورت نیاز انجام اقدامات  
حمایتی

۱- اقدام طبق یکی از روشهای زیر  
الف- تجویز متادون خوراکی یا عضلانی  
ب- اگر متادون در دسترس نمی باشد: تجویز مورفین عضلانی  
۲- در صورت نیاز انجام اقدامات حمایتی



**نکته:** دستور عمل فوق از هنگام بستری مادر

**جهت زایمان تا هنگام ترخیص مورد استفاده**

**می باشد.**

# دستور عمل تجویز مخدر برای

## تسکین درد پس از

## زایمان طبیعی یا سزارین



# 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 (نوع ماده مصرفی: مواد افیونی و یا کراک ایرانی):**

○ 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 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر ۱۲-۲۴ ساعت یک بار آن را تکرار نمود

○

○ 4

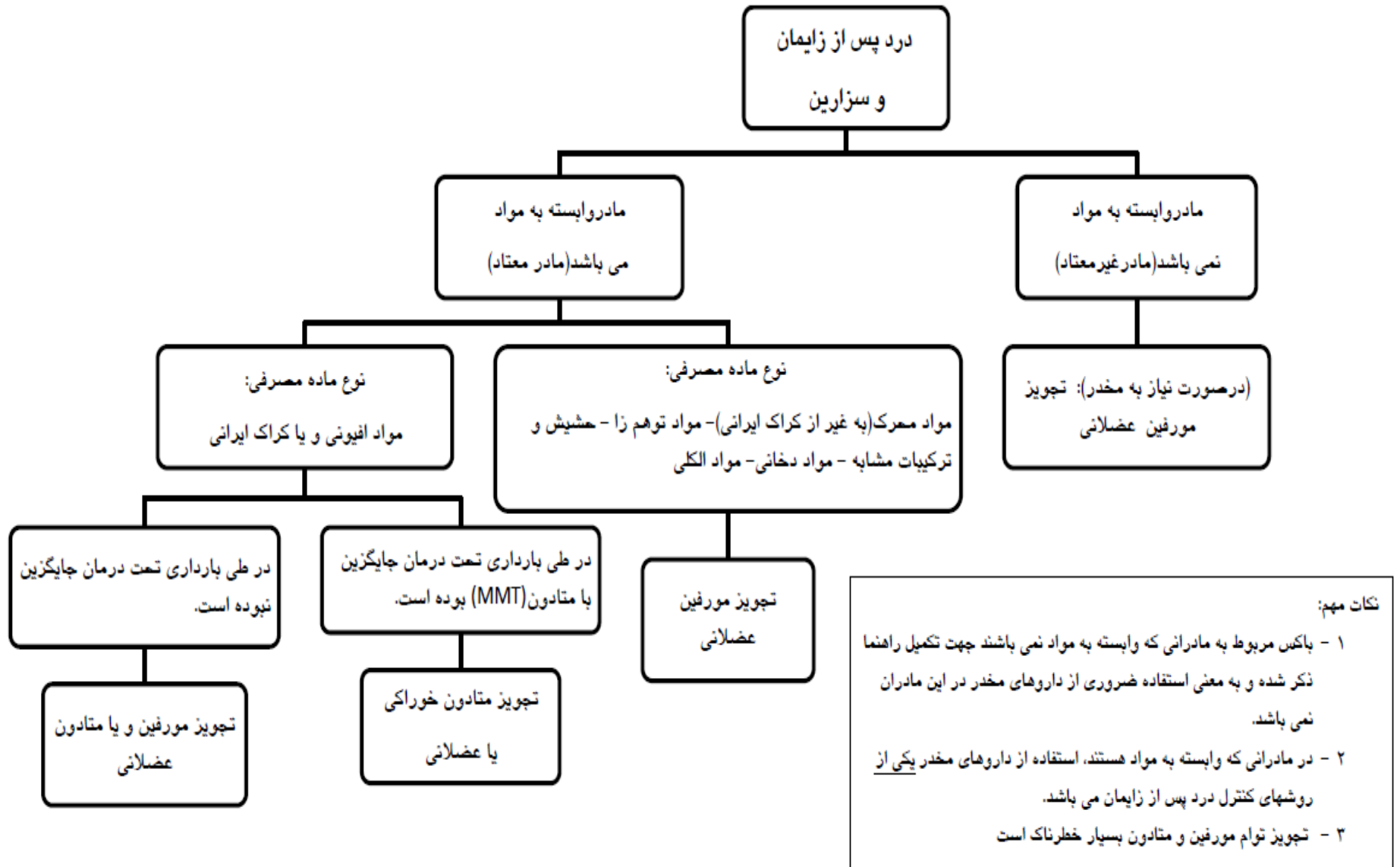
○ اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون نبوده است یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی باشد به روش زیر اقدام شود:

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

○ **(ب) مادران وابسته به مواد(نوع ماده مصرفی: سایر گروهها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی:**

○ تجویز مورفین عضلانی ۵-۱۰ میلی گرم هر ۴-۶ ساعت یکبار

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



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

- اگر کمتر از ۶ 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.
- در صورت لزوم می توان شارکول را (بدون افزودن سوربیتول) هر ۴-۶ ساعت با همان دوز اولیه تکرار کرد. به ازای هر ۲-۳ بار تجویز شارکول (به تنهایی)، یک بار به آن سوربیتول اضافه کنید.

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

○ تجویز **توام** متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.

○ 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.

○ 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



## اقدامات هنگام کاهش تعداد تنفس (کمتر از ۱۶ بار در دقیقه)

- تجویز اکسیژن به میزان ۶ - ۴ لیتر در هر دقیقه
- در دسترس گذاشتن **Airway** ساکشن، ماسک، بگ و وسایل لوله گذاری
- **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:

- در موارد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه و یا وجود اختلال تنفسی از جمله سیانوز: شروع با ۰/۰۴ میلیگرم نالوکسان وریدی آهسته
- در موارد آپنه (ایست تنفسی): شروع با ۰/۸ میلیگرم (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 دوسوم 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:** دوسوم 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

## نکات مهم

- هدف از تزریق نالوکسان برقراری تنفس است نه بالا بردن سطح هوشیاری.
- با توجه به احتمال بالای ایجاد علائم محرومیت (بیقراری 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.
- نیمه عمر نالوکسان کمتر از اغلب مخدرها است (۳۰-۴۵ دقیقه) بنابراین ممکن است علائم مسمومیت پس از انقضای نیمه عمر نالوکسان عود کند. در صورت نیاز نالوکسان با همان دوز باید تکرار شود
- اگر اشتباهاً 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



میانگین تماس‌های مرتبط با چهار نوع ماده مصرفی (سال ۱۳۹۱)



## شامل تریاک، شیر، هرویین، مورفین، کدئین، متادون

- در ایران تریاک، شیر و هرویین بطور رایج از قدیم مورد استفاده میباشند.
- تریاک و شیر بیشتر خوراکی و بعد تدخینی مصرف میشوند و هرویین به فرم تدخین و تزریقی مصرف میشود
- منشاء اصلی این گروه عصاره خشخاش (تریاک) است که حاوی ۱-۲۵٪ کدئین می باشد.
- با هیدرولیز کردن مورفین در آزمایشگاه از طریق فرایند شیمیایی هرویین به دست می آید.

# اثرات مصرف مواد افیونی

## اثرات زودرس

○ احساس سرخوشی و نشئگی، بیدردی، چرت زدن، تنگی مردمکها (میوز)، تضعیف تنفسی، سکسکه

## اثرات دیررس

○ خارش، یبوست، کاهش میل جنسی، ضعف و سستی اراده، اثر محل تزریق روی پوست (در مصرف کنندگان تزریقی)، تب مختصر (در اثر اندوکاردیت)



## تأثیر در بارداری و زایمان:

### ○ اثرات مستقیم:

- عبور از جفت و در نتیجه زایمان زودرس، کوریوآمیونیت، خونریزیهای 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:

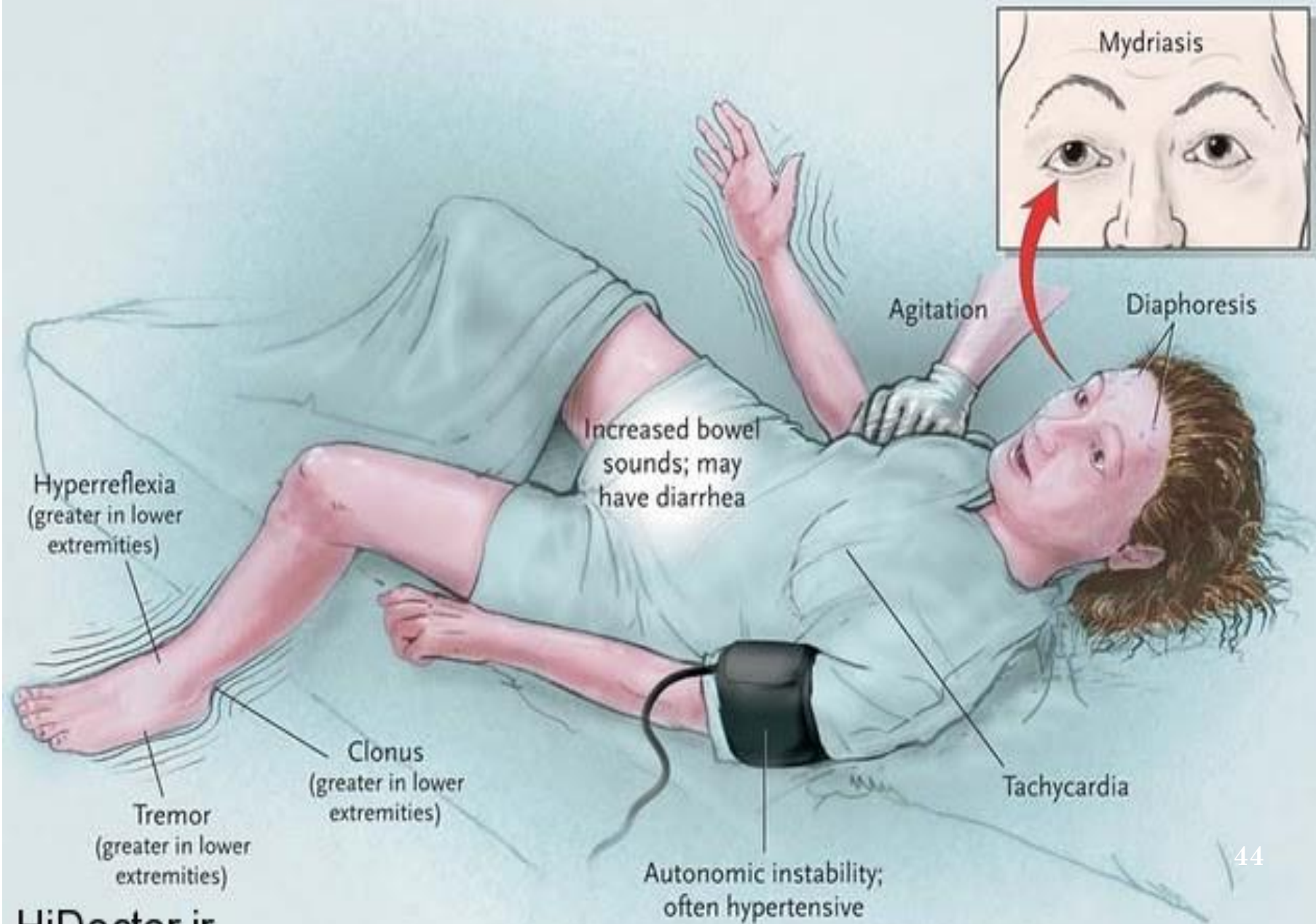
- افزایش احتمال بیماریهای آمیزشی، هپاتیت و عفونت HIV سوء تغذیه، خطر سوء مصرف مواد و داروهای دیگر در مادر، بروز نشانه های محرومیت در نوزاد



## محرومیت از مواد افیونی

### ○ علائم محرومیت

- افزایش ضربان قلب، تنفس و فشار خون،
- گشادی مردمکها (میدریازا)، بیقراری و اضطراب، بی اشتها،  
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)



Mydriasis

Agitation

Diaphoresis

Increased bowel sounds; may have diarrhea

Hyperreflexia (greater in lower extremities)

Clonus (greater in lower extremities)

Tremor (greater in lower extremities)

Tachycardia

Autonomic instability; often hypertensive

## در بارداری:

○ محرومیت از مواد افیونی منجر به **تحریک پذیری رحم** می شود که به دنبال آن خطر:

○ زایمان زودرس

○ هیپوکسی

○ 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 ۶-۸ ساعت، حداکثر شدت ۳۶-۷۲ ساعت بعد از آخرین مصرف و طول مدت علائم ۷-۱۰ روز

□ **شیره و تریاک:** شروع علائم ۱۲-۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف و با علائم ملایمتر

□ **متادون:** شروع علائم ۲۴-۴۸ ساعت بعد از آخرین مصرف و حداکثر شروع علائم ۳-۲۱ روز و طول مدت آن ۶-۷ 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:

- تجویز توام متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.
- **آنتاگونیستها** (نالوکسان، نالترکسون) یا **آگونیست-آنتاگونیستهای اپیوئید** (بوپرنورفین-پنتازوسین یا تالوین-نالبوفین یا نوبین-بوتور فانول یا استادول) **نباید** تجویز شوند زیرا باعث ایجاد علائم محرومیت می شوند.

# مسمومیت با مواد افیونی

## ○ علائم مسمومیت

- کاهش سطح هوشیاری، گیجی و خواب آلودگی، مردمکهای میوتیک نوک سوزنی (pin point)، تنفس سطحی، کاهش تعداد تنفس تا قطع تنفس، ادم ریه، صحبت‌های گنگ و نامفهوم، عدم تعادل، خارش، سسکه
- نکته: مسمومیت با مواد افیونی یکی از موارد فوریت‌های پزشکی هم برای مادر و هم جنین محسوب می‌گردد.



# اداره علائم مسمومیت

- 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 بیدردی 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 بیدردی بدون نیاز به تجویز داروهای مخدر را فراهم می کند.
- به دنبال اینداکشن داروهای بیهوشی (اپیدورال و اسپاینال) احتمال افت فشار خون زیاد است.

○ مصرف کنندگان مواد افیونی معمولاً 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:

○ - بیمار را هیدراته کنید.

○ 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 به صورت منقسم تجویز کنید.

## 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

# 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 کنترل حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU ترجیحا بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ 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 پزشك، 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 باکتری می

# کتر اندیکاسیونهای 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 (دلیل اینکه احتمال عفونت بین مهره ای افزایش می یابد)