

# درمان اختلال مصرف افیونی در بارداری

Treatment of Opioid Use  
Disorder in Pregnancy



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

**Present by:**  
**Bita Vahdani, M.D**  
**Assistant professor of**  
**psychiatry**

---

Email: [bita.vahdani@gmail.com](mailto:bita.vahdani@gmail.com)



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# What does evidence-based harm reduction during pregnancy look like?

The following harm reduction strategies have strong evidence of effectiveness in the scientific literature and in practice as ways of supporting pregnant and new mothers who use alcohol and drugs.

- Education and outreach, including sharing information about safer drug use and distributing clean needles and other supplies<sup>4-8</sup>
- Low barrier access to services which emphasize physical and emotional safety, relationship-building, have short or no waitlists, and are provided in an accessible geographical location<sup>7, 9-10</sup>
- Collaboration between health care and child welfare sectors<sup>7, 9-12</sup>
- Buprenorphine and methadone maintenance treatment<sup>13-14</sup>
- Provision of food vouchers, daily hot lunches, and prenatal vitamins<sup>15-17</sup>
- Testing for Sexually Transmitted Infections and other sexual health services<sup>18</sup>
- Addiction counseling, including help with quitting smoking<sup>4, 7, 19</sup>
- Assistance with transportation and child care to attend appointments<sup>4, 7-8, 10</sup>
- Access to integrated program models (e.g., on-site pregnancy-, parenting-, or child-related services offered with addiction services or coordinated referrals to other health and social services)<sup>2, 4-5, 7, 20</sup>



Research shows that harm reduction activities and approaches during pregnancy can:

- Increase engagement and retention in prenatal services and addiction treatment<sup>4, 6-8, 21</sup>
- Increase referrals to other health and social services and increase engagement in services following birth<sup>6-7, 21</sup>
- Reduce alcohol and drug use and improve nutrition<sup>4, 7-8, 18, 21</sup>
- Reduce health care costs<sup>6, 21-22</sup>
- Improve health outcomes for women and their babies, including fewer preterm births and babies born with low birth weight<sup>6, 20-21, 23</sup>
- Increase the number of babies discharged home with their mothers following birth<sup>4, 7-8, 21</sup>
- Encourage breastfeeding, early attachment and improve early childhood development outcomes<sup>4, 7, 24-25</sup>





Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

## مداخلات معطوف به مادران مصرف کننده مواد

- ✓ نوزادان متولد شده از زنان مصرف کننده مواد در معرض خطر بالا برای نارسی، وزن کم تولد و رشد جسمی معیوب هستند.
- ✓ برنامه هایی که خدمات بارداری، فرزند پروری و مراقبت های کودکان در درمان سوء مصرف مواد ادغام می کنند برای پاسخ به این مشکل طراحی شده اند.
- ✓ در یک متا آنالیز نتایج ۱۰ مطالعه بر روی پیامدهای تولد نوزادان متولد شده از مادران شرکت کننده در این برنامه ها بررسی شد.
- ✓ در مقایسه با نوزادان مادرانی که روی درمان نبودند، مادران شرکت کننده در برنامه درمان وزن تولد بالاتر، دور سر بزرگتر، عوارض تولد کمتر، آزمایش مثبت از نظر مواد کمتر و قرارگیری در طبقه وزن تولد بهتر نشان دادند.
- ✓ زنان روی درمان به صورت معنی داری در جلسات مراقبت بارداری بیشتر شرکت کردند و میزان زایمان زودرس در آنها بیشتر بود.

Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A: Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: A Meta-analytic review. Addict Res Theory 2011, 19(6):542-555.

✓ در یک مرور نظام مند دیگر روی ۱۳ مطالعه (۲ کار آزمایی بالینی، ۳ مطالعه شبه تجربی، ۸ مطالعه کو هورت روی ۷۷۵ کودک) نشان داد درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری همراه با حداقل یک مراقبت فرزند پروری با بهبود رشد (اندازه اثر کوچک تا بزرگ) و بهبود کارکرد هیجانی و رفتاری (اندازه اثر بزرگ) کودک همراه است.

✓ مطالعات مقایسه ای نشان می دهند نوزادان زنان شرکت کننده در برنامه های درمان ادغام یافته در مقایسه با نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده مواد که روی درمان نبودند از نظر رشد و نمو (قد، وزن، دور سر) وضعیت بهتری دارند و اندازه اثر مداخله در تمام مطالعات بزرگ بود.

✓ مطالعاتی که خدمات ادغام یافته و غیر ادغام یافته را مقایسه کردند نشان دادند خدمات ادغام یافته از نظر کارکرد هیجانی و رفتاری بر خدمات غیر ادغام یافته ارجح هستند هر چند این تفاوت کوچک است.

Niccol A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse Negl.* 2012 Apr;36(4):308-22. doi: 10.1016/j.chabu.2011.10.007. Epub 2012 Apr 5.



## شیوع مصرف در دوران بارداری



- ۳.۱٪ زنان در سینین باروری حداقل یک بار در سال گذشته یک ماده غیرقانونی (شامل الكل) مصرف داشتند.  
(وزارت بهداشت، پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)
- در یک مطالعه روی ۲۱۸۹ زن باردار مراجعه کننده به ۱۵ کلینیک بارداری بیمارستان های آموزشی شهر تهران در سه ماهه های دوم و سوم بارداری (میانگین سنی ۲۵ سال)، مصرف داروها، سیگار و مواد غیرقانونی در طول بارداری مورد بررسی قرار گرفت: (طوفیان و رمضان زاده، ۲۰۰۸)
  - مصرف فعلی سیگار ۷٪
  - مصرف فعلی مواد ۰.۲٪
- در یک مطالعه در میان ۱۰۰۶۲۰ مورد زایمان در بیمارستان های مهدیه، طالقانی، اکبرآبادی و امام حسین شهر تهران در یک دوره ۵ ساله ( صالح گرگانی ۲۰۱۲) گزارش شخصی مصرف مواد در ۵۱۹ مادر باردار (۰.۵٪) مثبت بود.

- فراوانی مواد مورد مصرف
  - تریاک ۶۲.۶%
  - کراک هروئین ۲۰.۳%
  - هروئین ۳.۹%
  - مت آمفتامین ۳.۹%
  - حشیش ۱.۷%
  - چند ماده ای ۷.۵%

در این مطالعه مصرف مواد با پیامدهای زایمان و نوزادی ضعیف تری همراه بود.

- ✓ پیامدهای بارداری

زایمان زودرس، وزن کم تولد، خون ریزی بعد از زایمان

- ✓ پیامدهای نوزادی

پذیرش در بخش نوزادان، مرگ و میر بالاتر



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

آیا مصرف مورفین در دوران بارداری تراوتوژنیک است؟

برخلاف الكل و مت  
امفتابامین مورفين  
تراوتوژنیک نیست

### Neonatal Abstinence Syndrome



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Side effects

## عوارض

## عوارض مصرف مواد افیونی در بارداری

زنان باردار وابسته به ترکیبات افیونی به دلایل زیر در معرض خطر افزایش یافته تجربه عوارض بارداری و سایر بیماریها هستند:

- ✓ مواجه جنین با دوره های مکرر مسمومیت و محرومیت از مواد افیونی
- ✓ عوامل مرتبط با سبک زندگی همچون تغذیه نامناسب، سیگار کشیدن، ابتلا به عفونت ها و...
- ✓ دریافت مراقبت بارداری ناکافی



Iranian National Center  
for addiction Studies



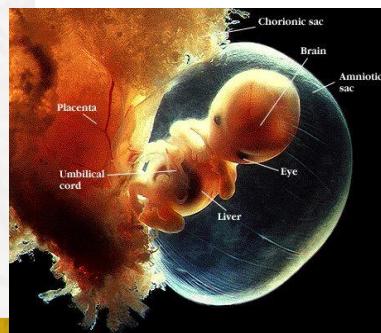
Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

## عوارض شایع طبی مصرف مواد افیونی در بارداری

کم خونی	فلبیت	اج آی وی
باکتریمی/اسپتی سمی	پنومونی	سیفلیس
بیماری قلبی، خصوصاً اندوکاردیت	بهداشت دهان ضعیف	کزار
سلولیت	بیماری های منتقله از راه جنسی	سل
ادم	کلامیدیا	عفونت های مجاری ادرار
دیابت بارداری	کوندیلوماتا آکومیناتوم	سیستیت
هپاتیت (حاد و مزمن)	گونوره آ	پیلوفریت
فشار خون بالا/تاکیکاردي	هرپس	اورتیت



# عوارض شایع بارداری و زایمان در مصرف مواد افیونی

- |                       |   |                        |   |
|-----------------------|---|------------------------|---|
| خونریزی بعد از زایمان | ● | پارگی جفت              | ● |
| پره‌اکلامپسی          | ● | کوریوآمنیونیت          | ● |
| زایمان زودرس          | ● | مرگ داخل رحمی          | ● |
| پارگی زودرس غشاء‌ها   | ● | تأخير رشد داخل رحمی    | ● |
| ترومبوفلوبیت عفونی    | ● | خروج مکونیوم داخل رحمی | ● |
| سقوط خودبخودی         | ● | نمرات آپگار پایین      | ● |
|                       |   | نارسایی جفت            | ● |



# Diagnosis

## تشخیص

### تشخیص اعتیاد به مواد افیونی در بارداری

برخی زنان وابسته به مواد افیونی ممکن است نشانه های بارداری مثل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ، دل پیچه را به محرومیت از مواد افیونی نسبت دهند.

بسیاری از زنان معتاد به مواد افیونی آمنوره ایجاد شده در اثر سبک زندگی پراسترس و ناسالم را با ناباروری اشتباه می گیرند.

برای تشخیص اعتیاد به مواد افیونی و سایر مواد در زنان باردار باید اطلاعات به دست آمده از شرح حال پزشکی و مواد، معاینه فیزیکی، آزمایش مواد و علایم و نشانه های محرومیت را ادغام نمود.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Diagnosis

## تشخیص

در صورت مواجهه با

- بیماری های همراه با مصرف مواد (برای مثال هپاتیت، اندوکاردیت باکتریایی، سلولیت)
- مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری و
- ناهنجاریهای رشد جنین توضیح داده نشده (برای مثال تأخیر رشد داخل رحمی) بررسی بیشتر از نظر اعتیاد اهمیت بالایی پیدا می کند.

استفاده از آنتاگونیست های مواد افیونی برای تشخیص اعتیاد در زنان بارداری مطلقاً ممنوع است، زیرا حتی القای محرومیت خفیف میتواند باعث زایمان زودرس یا سایر عوارض جانبی جنینی گردد.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Standard treatment

## درمان استاندارد

### درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد آپیوئیدی مادر را کاهش داده و بدین ترتیب از جنین در برابر چرخه های مکرر مسمومیت و محرومیت محافظت می کند.

درمان نگهدارنده در بیماران باردار همان منافعی را دربردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می شود.

درمان نگهدارنده دسترسی به مراقبت بارداری و نوزادی را افزایش داده و از این طریق خطر عوارض زایمانی و جنینی، تأخیر رشد داخل رحمی و مرگ و میر و بیماریهای نوزادی را کاهش می دهد.

مواجهه داخل رحمی با متادون یا بوپرنورفین خطر ناهنجاریهای جنینی را افزایش نمی دهد.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child

**Barbara K. Zedler<sup>1</sup>, Ashley L. Mann<sup>1</sup>, Mimi M. Kim<sup>2</sup>, Halle R. Amick<sup>1</sup>, Andrew R. Joyce<sup>1</sup>, E. Lenn Murrelle<sup>1</sup> & Hendrée E. Jones<sup>3,4</sup>**

Venebio Group, LLC, Richmond, Virginia, USA,<sup>1</sup> Center for Biobehavioral Health Disparities Research, Division of Community Health, Duke University, Durham, NC, USA,<sup>2</sup> UNC Horizons, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA<sup>3</sup> and Departments of Psychiatry and Behavioral Sciences and Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA<sup>4</sup>

American Journal of Obstetrics & Gynecology  
MFM

Volume 2, Issue 3, August 2020, 100179

---

Systematic Review

Maternal

## Buprenorphine-naloxone use in pregnancy: a systematic review and metaanalysis

Heather M. Link MD, MPH <sup>a</sup>✉, Hendree Jones PhD <sup>b</sup>, Lauren Miller MD <sup>d</sup>, Karol Kaltenbach PhD <sup>c</sup>, Neil Seligman MD <sup>e</sup>

Show more ^

<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100179>

[Get rights and content](#)



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

## Systematic Reviews and Meta- and Pooled Analyses

### Prenatal Buprenorphine Versus Methadone Exposure and Neonatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis

**Susan B. Brogly\*, Kelley A. Saia, Alexander Y. Walley, Haomo M. Du, and Paola Sebastiani**

\* Correspondence to Dr. Susan Brogly, Department of Epidemiology, Boston University School of Public Health, 715 Albany Street, Talbot 419-E, Boston, MA 02115 (e-mail: sbrogly@bu.edu).

*Initially submitted February 27, 2014; accepted for publication June 25, 2014.*

Increasing rates of maternal opioid use during pregnancy and neonatal withdrawal, termed neonatal abstinence syndrome (NAS), are public health concerns. Prenatal buprenorphine maintenance treatment (BMT) versus methadone maintenance treatment (MMT) may improve neonatal outcomes, but associations vary. To summarize evidence, we used a random-effects meta-analysis model and estimated summary measures of BMT versus MMT on several outcomes. Sensitivity analyses evaluated confounding, publication bias, and heterogeneity. Subjects were 515 neonates whose mothers received BMT and 855 neonates whose mothers received MMT and who were born from 1996 to 2012 and who were included in 12 studies. The unadjusted NAS treatment risk was lower (risk ratio = 0.90, 95% confidence interval (CI): 0.81, 0.98) and mean length of hospital stay shorter (-7.23 days, 95% CI: -10.64, -3.83) in BMT-exposed versus MMT-exposed neonates. In treated neonates, NAS treatment duration was shorter (-8.46 days, 95% CI: -14.48, -2.44) and morphine dose lower (-3.60 mg, 95% CI: -7.26, 0.07) in those exposed to BMT. BMT-exposed neonates had higher mean gestational age and greater weight, length, and head circumference at birth. Fewer women treated with BMT used illicit opioids near delivery (risk ratio = 0.44, 95% CI: 0.28, 0.70). Simulations suggested that confounding by indication could account for some of the observed differences. Prenatal BMT versus MMT may improve neonatal outcomes, but bias may contribute to this protective association. Further evidence is needed to guide treatment choices.

# Treatment Planning

## تعیین جایگاه درمانی

زنان باردار مصرف کننده مواد افیونی باید در فرآیند ارزیابی و شروع درمان نگهدارنده با متادون اولویت داده شوند.

گاهی زنان روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست باردار می شوند. در این گونه موارد باید بیماران را تشویق نمود تا پایان بارداری درمان نگهدارنده خود را قطع نکنند.

برخی زنان وقتی متوجه میشوند که باردار شده اند، تمایل بالایی پیدا می کنند که مصرف داروی آگونیست خود را قطع کنند.

در چنین شرایطی بازگیری (سم زدایی) از مواد افیونی یک گزینه درمانی پرخطر محسوب می شود، زیرا احتمال عود پس از بازگیری بالاست و عود اثرات منفی بر سیر بارداری و زایمان خواهد داشت.

به علاوه، علایم بازگیری از مواد افیونی شدید می تواند باعث القای سقط خودبخودی در سه ماهه اول یا زایمان زودرس در سه ماهه سوم بارداری گردد. درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست در مقایسه با خطرات مصرف مواد افیونی عوارض تکاملی طولانی مدت اندکی دارد.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Neonatal Abstinence Syndrome

## سندرم پرهیز نوزادی

## سندرم پرهیز نوزادی

نیازهای شایع

نمایش کشیدن

استفراغ

تشنج

پاسخ افزایش یافته به صدا

نیازهای شایع

تحریک پذیری و آشفتگی خواب

آب ریزش بینی

مکیدن مشت

گریه همراه با جیغ

مدفوع آبکی

بیش فعالی عمومی

مکش ناکارآمد هنگام شیر خوردن

وزن گیری کم

دوست نداشتن نورهای شدید

لرزش

افزایش تعداد تنفس



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Treatment

## درمان



### درمان سندروم پرهیز نوزادی

سندروم پرهیز نوزادی در درمان نگهدارنده با بوپر نوروفین از درمان نگهدارنده با متادون کمتر و شدت پایین تر است.

نوزاد پس از به دنیا آمدن از مادر مصرف کننده مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست باید حداقل ۳ تا ۵ روز پس از زایمان در بیمارستان تحت نظر گرفته شود.

در صورت مواجهه با علایم سندروم پرهیز نوزاد باید به صورت فوری جهت بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادی ارجاع شود.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Postpartum treatment

## درمان پس از زایمان

### تداوم درمان پس از زایمان

ضرورت دارد زایمان تمام مادران باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بیمارستان صورت پذیرد.

در صورت تولد در منزل در مادران وابسته به مواد افیونی و/یا تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرnofین، مادر و نوزاد باید برای بررسی از نظر سندروم پرهیز نوزادی به صورت فوری به بیمارستان ارجاع شوند.

پس از تولد نوزاد با توجه به برگشت تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر دوز متادون یا بوپرنورفین باید کاهش داده شود.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Breastfeeding

## شیردهی

### شیردهی در مادران وابسته به مواد افیونی

شیردهی مزایای متعددی دارد که شامل پیوند مادر- کودک، تغذیه و پیشگیری از بیماری های کودکی می شود.

باید زنان روی درمان نگهدارنده با متادون را به شیردهی تشویق کنیم مگر آن که مادر:

- ✓ اچ آی وی مثبت باشد
- ✓ مواد غیرقانونی همچون شیشه یا الکل سوء مصرف کند
- ✓ به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب می گردد مبتلا باشد.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Breastfeeding

## شیردهی

هپاتیت سی دیگر یک مورد ممنوعیت شیردهی به حساب نمی‌آید.

گرچه متادون در شیر مادر قابل ردیابی است، اما مطالعات نشان داده اند، انتقال متادون به داخل شیر مادر صرف نظر از دوز مادر بسیار جزئی است.

فقط مقادیر اندکی متادون در شیر مادران روی دوز متادون بالای ۱۸۰ میلی گرم در روز یافته می‌شود.

بوپرنورفین در شیر مادر ترشح می‌شود اما چون این دارو زیر زبانی است جذب ناچیزی دارد.

بنابراین، شواهد علمی موجود از محدودیت دوز روزانه متادون یا بوپرنورفین در زنان شیرده حمایت نمی‌کند، بر عکس مادران باردار تحت درمان باید قویاً به شیردهی تشویق شوند.



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

## شیردهی و مواد: جمع بندی

### Breastfeeding

#### شیردهی

مواد افیونی غیرقانونی:

ممنوع	هروئین
ممنوع	تریاک
ممنوع	کدئین
مجاز	مورفین با دوز کنترل درد در زایمان
مجاز	متادون و بوپرورفین
ممنوع	مواد محرک (شیشه) - مصرف مستمر
به مدت ۲۴ ساعت ممنوع	مواد محرک - مصرف گاهگاهی
ممنوع	الكل



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# ملاحظات خاص پس از تولد

فاصله گذاری بین تولدها  
عدم تمایل به نگهداری فرزند  
صلاحیت سرپرستی  
تداوم مصرف مواد در مادر  
صرف مواد در پدر  
معضلات مرتبط با سوعرفتار  
نداشتن شرایط نگهداری  
وضعیت اقتصادی، اجتماعی ضعیف



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health

# Thanks For Your Attention



از توجه شما سپاسگزارم



Iranian National Center  
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research  
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance  
Use Disorders and Mental Health