

پروتکل 21:

رهنمودهایی برای شیردهی و سوء مصرف مواد یا اختلال سوء مصرف مواد

هدف اصلی آکادمی پزشکی شیردهی، گسترش پروتکلهای بالینی برای مدیریت مسائل پزشکی معمول است که ممکن است بر موفقیت شیردهی اثر بگذارند. این پروتکلهای تنها به عنوان رهنمودهایی برای مراقبت از مادران شیرده و کودکان قلمداد میشود و یک دوره درمانی انحصاری را مشخص نمیکند یا به عنوان استانداردهای مراقبت پزشکی محسوب نمیشود. تغییرات در درمان ممکن است طبق نیازهای یک بیمار انفرادی، مناسب شود.

هدف

انتخاب شیردهی توسط یک زن باردار یا تازه زایمان کرده با یک پیشینه کنونی یا گذشته سوء مصرف مواد مخدر غیر مجاز/قاچاق یا سوء مصرف یا سوء استفاده از مواد مجاز به دلایل زیادی، چالش برانگیز است. هدف این پروتکل، ارائه رهنمودهای مبتنی بر آثار برای ارزیابی و مدیریت زن دچار سوء مصرف مواد یا دچار یک اختلال سوء مصرف موادی است که به شیردهی میپردازند.

پیش زمینه

مصرف داروی غیر مجاز و مصرف/سوء مصرف مواد مجاز در بین زنان در سن بچه زایی، به عنوان یک مساله قابل توجه باقی می ماند. زمینه یابی ملی 2013 پیرامون دارو و سلامت آشکار کرد در بین زنان باردار در سن 15 تا 44 سال، در ایالات متحده، 5.2٪ از داروهای غیر مجاز در ماه آخر استفاده کرده بودند، 9.4٪ استفاده فعلی از الکل را گزارش داده بودند، 2.3٪، شراب خواری را گزارش داده بودند، 0.4٪ شراب خواری شدید در طول بارداری را گزارش کرده بودند و 15.4٪ مصرف سیگار در ماه آخر را گزارش داده بودند.

ارائه دهنده ی مراقبت از سلامت عنوان کرد یک زن باردار یا زن تازه وضع حمل کرده دارای یک پیشینه ی سوء مصرف مواد مخدر یا مصرف یا سوء مصرف داروهای مجاز در حال حاضر یا در گذشته که تمایل دارد به فرزند خود شیر بدهد، اغلب با چندین چالش عمده مواجه است. اختلالات سوء مصرف مواد، مکرراً رفتارها یا شرایطی را ایجاد میکند که به طور مستقل دال بر خطر برای کودک شیردهی شونده است، علاوه بر مواجهه مستقیم با مواد مخدر. این مادران ممکن است دارای عوامل خطر همزیستی باشند همانند وضعیت اجتماعی- اقتصادی سطح پایین (گرچه مصرف مواد از تمام خطوط اجتماعی- اقتصادی عبور کرده است)، سطوح پایین تحصیلات، تغذیه ضعیف و مراقبت پیش از تولد کم یا عدم مراقبت پیش از تولد. مصرف چندین ماده ی مخدر، علاوه بر استفاده از مواد مجاز مضر دیگر من جمله دخانیات و الکل، رایج است. مواد مخدر قاچاق مکرراً ترکیب میشوند و با مواد تقلبی خطرناک توسعه می یابند که میتواند تهدیدهای اضافی را برای سلامت مادر و کودک ایجاد نماید. مصرف کنندگان مواد مخدر، در خطر بالا برای عفونتهایی مثل ویروس کمبود ایمنی انسانی و یا هپاتیت ب و ث هستند. اختلالات روانپزشکی که به مداخله ی دارویی نیاز دارد، با مصرف مواد، شایع تر هستند که این مساله شیردهی را به یک انتخاب حتی پیچیده تر از این هم تبدیل میسازد، زیرا ممکن است شیردهی برای زنانی که برخی داروهای روان گردان را مصرف میکنند، توصیه نشود.

با وجود عوامل بشماری که ممکن است شیردهی را برای زنان دچار اختلالات مصرف مواد، به یک انتخاب دشوار تبدیل کنند، کودکان در معرض مواد مخدری که برای طیفی از مسائل پزشکی، روانشناسی و رشدی در خطر بالا قرار دارند، هم چنین مادرانشان، مانع سود بردن از شیردهی میشود. گرچه بسیاری از عوامل فهرست شده قبلی ممکن است برای کودک، خطر ایجاد کند، اما مزایای اثبات شده ی شیر انسان و شیردهی باید به دقت و به طور کامل در برابر خطرات وابسته به موادی سنجیده شود که کودک در طول شیردهی با آنها مواجه میگردد. در آمیختن بسیاری از تلاشها برای بررسی پیامدهای رشدی دراز مدت در کودکان در معرض خطر با برخی مواد، کمبود داده های ارزیابی کننده ی کودکانی است که در طول بارداری در معرض خطر نبوده اند بلکه تنها در طول شیردهی در معرض خطر قرار گرفته اند.

به طور ایده آل، زنان دچار اختلالات سوء مصرف موادی که یک کودک را به دنیا می آورند و تمایل دارند به او شیر بدهند، در مراقبت از سلامت جامع و درمان سوء مصرف مواد مشغول میشوند اما همیشه هم اینطور نیست.

درمان سوء مصرف مواد برای این زنان، اغلب موجود، ویژه‌ی جنسیت شان و جامع نیست، ارائه دهنده‌ی مراقبت از سلامت، مادر را در طول و پس از بارداری وادار میکند تا به گزارش شخصی مادر و یک "بهترین حدس" به فراخور خدمات، پذیرش درمان، طول زمان "پاک"، سیستم‌های پشتیبانی اجتماعی و غیره تکیه کند. در مطالعه‌ی بازنگرانه‌ی اخیر در انگلستان، مقادیر پایین‌تر قابل توجهی از شروع شیردهی در مادرانی روی داده است که از مواد غیر مجاز یا درمان نگهداری مواد مخدر در طول بارداری استفاده کرده بودند (14٪ در برابر 50٪ جمعیت کلی). در نروژ، بین زنان وابسته به مواد مخدر در درمان نگهداری اپیوپید، 77٪ (در مقایسه با 98٪ در جمعیت کل) شیردهی را پس از زایمان آغاز کرده بودند.

شرایط ویژه‌ی به کار رفته برای توصیف مصرف و سوء مصرف مواد مجاز و غیر مجاز مختلف به تکامل خود ادامه میدهند و ممکن است از کشوری به کشور دیگر و در بین سازمانهای مختلف فرق داشته باشد. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، دسته‌های قبلی وابستگی به مواد و سوء مصرف مواد را به صورت یک دسته‌ی واحد اختلال مصرف مواد، ترکیب نمود که بر روی یک پیوستار از خفیف تا شدید اندازه‌گیری میشود.

تمایل داریم مشخص کنیم داروهای مخدر در هر نوعی باید در زنان باردار و شیرده، مورد اجتناب قرار گیرند، مگر اینکه برای شرایط پزشکی خاصی، تجویز شده باشند. مصرف اتفاقی مواد مخدر- مجاز، غیر مجاز، قاچاق، دوز مناسب یا نامناسب- هم ممکن است انشعاباتی برای جنین یا کودک در حال رشد داشته باشد که باز هم باید آنها را مشخص کنید؛ از اینرو، در کل، داروها و مواد مخدر در هر نوعی باید مورد اجتناب قرار گیرند مگر اینکه از نظر پزشکی ضروری باشند.

مواد ویژه

شاید بحرانی‌ترین چالشی که ارائه دهنده‌ی مراقبت از سلامت برای زنان دچار اختلال سوء مصرف موادی که تمایل به شیردهی دارند، کمبود تحقیقاتی منجر به رهنمودهای مبتنی بر شواهد باشد. جدول جی-20، دو وب سایت آنلاینی را ارائه میدهد که یکی به زبان انگلیسی و یکی هم به زبان انگلیسی و هم اسپانیایی است که به روز نگه داشته میشود و براحتی برای اطلاعات کنونی پیرامون مواد مخدر و شیردهی قابل دستیابی است. در

آنجا، چندین نقد و بررسی جامع شیردهی در بین زنان مصرف کننده ی مواد وجود دارد، ضرورتاً نتیجه گیری میکند شیردهی، عموماً در زنانی که از مواد مخدر غیر مجاز استفاده میکنند، ممنوع است. ^{16,47,48,12} (3) (کیفیت شواهد [سطوح شواهد 1، 2-1، 2-2 و 3] بر مبنای پیوست الف کار گروه خدمات پیشگیرنده. درجه بندیهای کار گروه ⁴ و در کل این پروتکل در پرانتزها ذکر میشود). در عین حال، تحقیقات پیرامون سوء مصرف مواد مخدر انفرادی، ناقص باقی می ماند و انجام آنها دشوار است. داده های سنتیک دارویی (دارو جنبش شناسی) برای بیشتر داروهای مورد سوء استفاده در زنان شیرده، پراکنده هستند و بر مبنای شمار کمی از اشخاص و گزارشات موردی هستند. بیشتر داروهای قاچاق، در شیر انسان با درجات متغیر دسترسی زیستی دهانی یافت میشوند. فنسایکلیدین هیدروکلراید در شیر انسان در غلظتهای بالا کشف شده است، از آنجاییکه دارای کوکائین است منجر به مسمومیت کودک میشود. شواهد کمی برای توصیف اثرات حتی مقادیر جزئی سوء مصرف مواد مخدر دیگر و یا متابولیت‌هایشان در شیر انسان بر روی رشد کودک جدای از موارد مورد بحث بعدی وجود دارد یا اصلاً چنین شواهدی وجود ندارد.

جدول جی-20

وب سایتهای آنلاین دارای اطلاعات به روز مربوط به شیردهی و مواد مخدر

زبان	URL	وب سایت
انگلیسی	http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmedihtm	کتابخانه ملی سلامت، موسسه ملی سلامت، دیپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده امریکا، "LactMed"
انگلیسی	http://e-laclancia.org/	e-Lactancia
		انجمن ترویج و تحقیقات ویژه و فرهنگی شیردهی تحت لیسانس بین المللی عوام خلاق (Creative Commons)

متادون

برای زنان باردار و وضع حمل کرده ی دارای وابستگی مخدر در حال درمان، نگهداری متادون، درمان مورد انتخاب در ایالات متحده، کانادا و بسیاری از کشورهای دیگر بوده است. در مقایسه با مواد دیگر، غلظتهای متادون در شیر انسان و اثراتش بر کودک مورد مطالعه قرار گرفته است. غلظتهای متادون یافت شده در شیر انسان،

پایین است و همه ی مولفین نتیجه گیری کرده اند زنان در دوزهای پایدار نگهداری متادون باید در صورت تمایل، بدون توجه به دوز متادون مادر، به شیردهی ترغیب شوند* (II- 1, 11-2, II-3). پیش از این، هیچ گونه اثر ظاهری از مواجهه ی متادون پیش از تولد و در شیر انسان در مورد رفتار عصبی کودک در سی روز، گزارش نشده بود. اخیراً یک مطالعه ی پیگیری کودکان در معرض متادون با 200 خانواده ی تطبیق یافته ی دموگرافی در معرض متادون و بدون مواجهه با متادون، تاخیرهای ادراکی عصبی در کودکان یک ماهه ی در معرض متادون را در مقایسه با کودکان در معرض قرار نگرفته، نشان داده است. زمانیکه هفت ماه بعد، مجدداً آزمایش انجام شد، کودکان در معرض متادون شبیه به کودکان مورد مقایسه ی در معرض قرار نگرفته بودند. در نه ماهگی، 37.5 درصد این نمونه از کودکان در معرض متادون، تاخیرهای حرکتی معنادار از نظر بالینی (انحراف استاندارد 1.5+) در مقایسه با رشد پایین اما استاندارد در گروه مقایسه را نشان دادند. کودکان در معرض، بعضاً دارای خصوصیات خطر محیطی بالا هستند که در زمان تولد ادامه می یابد، خطر مداوم را برای کودک در حال رشد ایجاد میکند.

تصور کنونی بر این است که عوامل خطر محیطی با در معرض قرارگیریهای پیش از تولد برای گسترش تغییرات اپی ژنتیک (پس زاد) در بیان ژن و الگوهای متیلاسیون ترکیب میشوند که دارای هم مضامین آنی و هم دراز مدت مربوط به برنامه ریزی رشدی هستند. لازم به ذکر است این یافته ها به کودکان در معرض متادون، هم پیش از تولد و هم پس از تولد از طریق شیردهی مربوط است و اطلاعات کمی در مورد کودکان دچار مواجهه ی متادون مزمن از طریق شیردهی به تنهایی وجود دارد.

به علاوه، در حدود 70٪ کودکان متولد شده برای زنانی که در طول بارداری برایشان متادون تجویز شده است، ناهنجاریهای نوزادی ناشی از الکل (NAS) را تجربه خواهند کرد، مجموعه ای از علائم و نشانه ها که اغلب پس از مصرف در مواجهه ی مواد مخدر درون رحمی ایجاد میگردد. کودکان دارای NAS بالا، ممکن است مشکلات در اتصال و مکیدن/ بلعیدن را در طول شیردهی تجربه کنند که بر توانایی شان برای تغذیه با شیر مادر اثر میگذارد. در عین حال، با فرض اینکه شواهد در حال افزایشی وجود دارد که از این نتیجه گیری حمایت میکند، یک کاهش در جدیت و مدت معالجه ی NAS در زمانی وجود دارد که مادران در دوران درمان نگهداری متادون، شیردهی میکنند، شیردهی برای این گروه های دو عضوی باید مورد تشویق قرار گیرد (II-3, 11-1). متأسفانه،

میزان شروع شیردهی در این گروه، عموماً پایین است، کمتر از نیمی از آن در جمعیت عمومی ایالات متحده گزارش شده است. یک مطالعه ی کیفی اخیر کوچک، نشان داد عدم حمایت از سوی جامعه ی مراقبت از سلامت و اطلاعات نادرست در مورد خطرات شیردهی در حال درمان متادون از موانع مهم و در عین حال قابل اصلاح برای موفقیت شیردهی در این زنان است. با فرض مزایای آن برای این زنان و کودکان برای ماندن در درمان نگهداری متادون و شیردهی، برای ما ارائه ی حمایت مستمر قوی برای این گروه آسیب پذیر، حائز اهمیت است.

بوپرنورفین

بوپرنورفین یک آگونیست تریاک جزئی بکار رفته برای درمان وابستگی به تریاک در طول بارداری در برخی کشورها و به طور فزاینده در ایالات متحده است. مجموعه ی موارد کوچک متعدد، غلظت‌های بوپرنورفین مادر را در شیر انسان بررسی نموده اند. همگی اتفاق نظر دارند که مقادیر بوپرنورفین در شیر انسان، جزئی است و بعید است دارای اثرات منفی کوتاه مدت بر کودک در حال رشد باشد. در یک مطالعه، 76٪ از 85 جفت مادر-کودک شیردهی شده، با 66٪ هم چنان 6 تا 8 هفته پس از زایمان شیر دهی شدند. کودکان شیردهی شده، دارای اختلالات نوزادی ناشی از الکل کمتر جدی بودند و کمتر احتمال داشت نسبت به کودکان تغذیه شده طبق دستور، شبیه به متادون که قبلاً مورد بحث قرار گرفت، به مداخله ی دارویی نیاز داشته باشند، گرچه این مساله با اندازه ی این نمونه به اهمیت آماری ی مورد مطالعه نرسید.

اپیوپیدها دیگر

استفاده از اپیوپیدها (شبه افیونها) در ایالات متحده، به طور قابل توجهی در طول دهه ی گذشته افزایش پیدا کرده است. یک تحلیل سطح مقطعی بازنگرانه از NAS در تولدهای بیمارستانی در سالهای 2000 تا 2009، در میزان بروز از 1.2 تا 3.39 به ازای هر 1000 تولد افزایش پیدا کرد. استفاده از اپیوپید مادری پیش زایمانی هم از 1.19 تا 5.63 به ازای هر 1000 تولد از سال 2000 تا 2009 افزایش یافته است، هر گونه استفاده از اپیوپیدها در مجموعه ی داده ها، شامل شده بود. یک گزارش هفتگی اخیر مراکز کنترل بیماری و پیشگیری از

بیماری و مرگ و میر داده هایی را مورد تاکید قرار داد که نشان می دهد، تقریباً یک سوم زنان در سن بچه زایی، بین سالهای 2008 تا 2012، یک دستور العمل را برای اپیوپیدها پر کرده اند.

زمانیکه مشخص شد استفاده از داروهای مخدر در طول بارداری با اختلال مصرف اپیوپید سازگار است تا یک وجه برای تسکین درد کوتاه مدت صورت گیرد، بررسی شروع نگهداری متادون یا بوپرنورفین همانطور که قبلاً مورد بحث قرار گرفت به شدت تشویق میشود و این مادران باید در شروع شیردهی مورد حمایت قرار گیرند. (III) دوره های کوتاه بیشتر تجویزهای دوز پایین دیگر اپیوپیدها میتواند به طور ایمنی توسط یک مادر شیرده بکار رود اما در مورد کدئین باید احتیاط کرد، زیرا متابولایزهای فوق سریع CYP2D6 ممکن است سطوح خونی مورفین بالا (متابولیت) را تجربه کنند و یک گزارش موردی واحد از یک مرگ نوزاد در حال شیردهی پس از مصرف مادر، وجود داشته است. (III) در زمینه ای ایمنی و اطمینان شیردهی در زمانیکه دوزهای متوسط تا بالای اپیوپیدها برای دوره های زمانی طولانی بکار میرود، کمبود اطلاعات وجود دارد. هم چنین کمبود اطلاعات موجود در مورد مادران انتقال دهنده از اپیوپیدهای بتای کوتاه تا درمان نگهداری اپیوپید در حین شیردهی نسبت به دوران بارداری وجود دارد.