

## پیامد بارداری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

دکتر مریم کاشانیان\*، دکتر حمیدرضا برادران<sup>آ</sup>، دکتر حوریه حاتمی<sup>آ</sup>، دکتر افسانه قاسمی<sup>آ</sup>

تاریخ دریافت: 1391/07/02 تاریخ پذیرش: 1391/09/02

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** سوء مصرف مواد در طی حاملگی یکی از مسائل مهم از نظر سلامت مادران و نوزادان می‌باشد. شناسایی عواقب بد حاملگی در این افراد می‌تواند در جهت کنترل آن‌ها کمک دهنده باشد. هدف از مطالعه حاضر تأثیر سوء مصرف مواد در طی حاملگی بر روی پیامدهای حاملگی است.

**مواد و روش کار:** مطالعه به صورت کوهورت تاریخی Historical Cohort بین دو گروه از زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان حامله بدون سوء مصرف مواد صورت گرفت. در هر دو گروه زنان ایرانی، خانه‌دار، حاملگی تک قلو و بدون سابقه هیچ‌گونه بیماری سیستمیک در نظر گرفته شدند.

**یافته‌ها:** در مجموع ۱۲۶۸ زن حامله مورد بررسی قرار گرفتند که ۳۱۷ نفر از آنان مبتلا به سوء مصرف مواد و ۹۵۱ نفر بدون سوء مصرف مواد بودند. بیماران دو گروه از نظر جنس جنین، مدت حاملگی، فشار خون ناشی از حاملگی، مرگ داخل رحمی IUFD، و پارگی کیسه آب با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند (P=0.000). سن مادر (P=0.000)، وزن مادر (P=0.000)، وزن تولد (P=0.000) در مادران معتاد کم‌تر بود. زایمان سزارین (1.02-1.12) RR=1.1 (P=0.049)، سابقه سقط (P=0.000)، گراویدیتی (P=0.000)، پلاستال ابرایشن (دکلمان یا کنده شدن زودرس جفت) (1.8-4.1) RR=2.7 (P=0.000)، دفع مکنونیوم (2.3-2.8) RR=2.6 (P=0.000)، وزن تولد کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم (1.8-2) RR=1.9 (P=0.000)، آپگار کم‌تر از ۷ در دقیقه ۵-۱.۵ RR=1.7 (P=0.001) (1.7)، پذیرش در NICU (3.5-3.8) RR=3.7 (P=0.000) و مرگ نوزادان (1.8-2.5) RR=2.1 (P=0.009) در گروه معتاد بیشتر بود.

**نتیجه گیری:** سوء مصرف مواد سبب عواقب بد حاملگی می‌شود و کنترل از نظر سوء مصرف مواد این عاقبت را بهبود می‌بخشد.

**کلید واژه‌ها:** سوء مصرف مواد، حاملگی، پیامد حاملگی، وزن کم نوزاد، آپگار، NICU، فشار خون ناشی از حاملگی، پلاستال ابرایشن (دکلمان یا کنده شدن زودرس جفت)

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره هفتم، ص ۷۶۰-۷۵۲، ویژه‌نامه اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، چهارراه مولوی، ۵۵۶۳۳۲۴۴، تلفن: ۰۹۱۲۱۲۰۱۷۴۷

Email: maryamkashanian@yahoo.com

## مقدمه

این نسبت در ایالات متحده ممکن است بالاتر باشد (۱). نوع مواد سوء مصرفی در مناطق مختلف دنیا ممکن است متفاوت باشد (۴،۳). در گزارشی از استرالیا (۵) ماری‌جوانا شایع‌ترین ماده مصرفی بوده است در حالی که در گزارشی از هنگ‌کنگ هروئین بیشترین ماده مصرف شده است (۶). در گزارشی از انگلیس هروئین بیشترین ماده مصرفی بوده است (۷). با ظهور مواد جدیدتر می‌تواند نوع ماده مصرفی تغییر کند و استفاده همزمان از چند ماده شایع است (۴).

حاملگی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی انسان است و مسائلی که در طی آن اتفاق می‌افتد می‌تواند بر روی سلامت مادر و جنین هر دو تأثیر گذار باشد. یکی از مشکلاتی که می‌تواند زن حامله با آن دست به گریبان باشد سوء مصرف مواد است که متأسفانه روز بروز بر تعداد زنان حامله مبتلا به سوء مصرف مواد اضافه می‌شود. در مطالعات انجام شده (۱) در انگلیس در ۱۶ درصد زنان سوء مصرف مواد گزارش شده است.

<sup>۱</sup> دانشیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید اکبرآبادی (نویسنده مسئول)<sup>۲</sup> دانشیار اپیدمیولوژی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران<sup>۳</sup> ایترن زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید اکبرآبادی<sup>۴</sup> استادیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید اکبرآبادی

بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران زایمان کرده بودند. پرونده‌های موجود بیماران در این فاصله مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. شرایط ورود در مطالعه شامل خانه دار بودن، حاملگی تک قلو، سن مادر بین ۱۸-۳۵ سال، پرزانتاسیون سفالیک، سن حاملگی مطمئن بر اساس تأیید سونوگرافی تریمستر اول یا LMP مطمئن بودند. شرایط خروج از مطالعه شامل هرگونه بیماری زمینه‌ای سیستمیک و مصرف دارو به علت آن‌ها غیر از مکمل‌های معمول زمان حاملگی، سابقه زایمان زودرس قبلی، سابقه داشتن دکلمان در حاملگی قبلی، سابقه ناهنجاری شناخته شده رحمی بر اساس تاریخچه و سونوگرافی قبلی، بیماری شناخته شده قطعی روانی قبلی یا مصرف دارو برای آن، ختم حاملگی زیر ۲۰ هفته و پلی‌هیدرامنیوس بودند. بیماران در دو گروه معتاد به سوء مصرف و بدون اعتیاد به سوء مصرف با یکدیگر مقایسه شدند. سپس اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت از تست‌های آماری کای دو و جهت حذف عوامل مخدوش کننده از آنالیز Binary Regression Model استفاده شد. P Value کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### نتایج

مجموعاً ۱۲۶۸ زن وارد مطالعه شدند که ۳۱۷ نفر معتاد به سوء مواد و ۹۵۱ نفر بدون اعتیاد به سوء مصرف بودند. میانگین وزن نوزادان  $3.657 \pm 29.04$  گرم (حداقل ۱۱۰۰ و حداکثر ۵۲۰۰ گرم) بود. میانگین سن مادران  $26.5 \pm 5/8$  سال (حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۵ سال) بود. متوسط تعداد حاملگی مادران  $2 \pm 0/7$  (حداقل ۱ و حداکثر ۱۰) بود. میانگین سن بارداری  $23 \pm 23$  روز (حداقل ۱۹۷ و حداکثر ۲۹۹ روز) بود.

از ۳۱۷ مورد زن معتاد به ترتیب بیشترین موارد مورد استفاده شامل تریاک، کراک، استفاده همزمان از چند ماده، شیشه، هروئین و حبشیش بود. ۵۲/۶۸ درصد (۱۶۷ نفر) از افراد معتاد از مواد مخدوری استفاده می‌کردند که نامش را نمی‌دانستند و یا از ذکر آن امتناع می‌کردند. ۸۷ نفر (۲۷/۴۴٪) تریاک، ۵۰ نفر (۱۵/۷۷٪) کراک، پنج نفر (۱/۵٪) مصرف همزمان چند ماده، چهار نفر (۱/۲۶٪) کریستال (شیشه)، سه نفر (۰/۹۴٪) هروئین و یک نفر (۰/۳٪) حبشیش استفاده می‌کردند.

۳۱۷ نفر سابقه مصرف سیگار داشتند (کلیه بیماران معتاد).

بیماران دو گروه از نظر متوسط سن حاملگی در موقع زایمان، جنس نوزاد، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سواد با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند. سن بیماران و وزن زنان و سابقه سقط در گروه

زن حامله‌ای که مبتلا به سوء مصرف مواد است (Abuser) بالقوه به دو نفر صدمه می‌زند (۲) و چون این افراد بندرت فقط از یک ماده سوء مصرف دارند، جنین در حال رشد و نیز مادر، تحت تأثیر سوء مصرف مواد مختلف و متعدد قرار می‌گیرند (۲). بنابراین مطالعه بر روی این مواد باید به طور مکرر صورت گیرد. (۲) خیلی از زنان حامله در صورتی که اثرات بالقوه سوء مصرف مواد را در حاملگی بدانند سعی در کاهش مصرف آن مواد خواهند داشت. بنابراین لازم است که پزشکان این بیماران را شناسایی کرده و مورد مشورت قرار دهند (۲).

در مطالعه‌ای که به بررسی تغییرات جفت و بند ناف در سوء مصرف مواد پرداخته است (۸)، مطرح می‌سازد که غیر طبیعی بودن جفت و بند ناف در زنان معتاد در مقایسه با غیرمعتادین بیشتر است. افزایش رسوب میکروفیبرین در فضاهای بین پرزها و داخل پرزهای جفتی شش برابر، افزایش تعداد جوانه‌های پرولیفراتیو Proliferation buds تروفوبلاستیک هفت برابر، افزایش عروق پرزها هفت برابر، میکروویلی شش برابر و نکروز آن‌ها پنج برابر بیشتر گزارش گردید که این تغییرات سبب اختلال گردش خون جفت می‌شود و می‌تواند بر روی پیامد حاملگی مثل وزن کم نوزاد تأثیر گذار باشد (۸).

در مطالعات متفاوت افزایش احتمال زایمان زودرس (۷، ۱۰-۱۰)، وزن کم نوزاد و IUGR (۹-۶، ۱)، کنده شدن زودرس جفت (۱، ۷، ۸)، آنمی (۷)، افزایش خونریزی قبل از زایمان (۱، ۵، ۶، ۱۱)، افزایش بیماری‌های مقاربتی (۶، ۹، ۱۱)، افزایش مرگ پره ناتال Perinatal (۶)، افزایش ناهنجاری در سیستم عصبی مرکزی CNS (۱)، آپگار پایین‌تر از هفت در موقع تولد (۹)، نداشتن مراقبت‌های پره ناتال (۱۱)، میزان بالاتر سقط قبلی (۱۱)، پره اکلامپسی (۱۱)، عفونت (۱۱)، مرگ نوزادی (۱۰)، در افراد سوء مصرف بیشتر گزارش شده است و اعتیاد مواد می‌تواند حاملگی را پرخطر سازد.

شناسایی و قرار دادن زنان حامله معتاد بر روی درمان‌های جایگزین می‌تواند پیامد حاملگی را بهبود بخشد (۱۲). از آنجا که متأسفانه روزبه روز سوء مصرف مواد در ایران در زنان بیشتر شده است و با توجه به مطالعات فوق، بررسی عوارض حاملگی و نوزادی مواد مخدر به منظور کنترل کردن بهتر آن‌ها لازم است صورت گیرد. هدف مطالعه حاضر بررسی اوت کام حاملگی در زنان معتاد در ایران می‌باشد.

### روش انجام کار

مطالعه به صورت مورد شاهدهی گذشته نگر بر روی پرونده بیمارانی صورت گرفت که در فاصله زمانی ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ در

۴۸ نفر زیر ۱۵۰۰ گرم، ۲۴۵ نفر بین ۲۵۰۰-۱۵۰۰ گرم و ۹۷۵ نفر بالای ۲۵۰۰ گرم بودند.

از ۴۸ نفر زیر ۱۵۰۰ گرم ۳۲ نفر (۳/۳۶%) در گروه بدون اعتیاد و ۱۶ نفر (۵/۰۴%) در گروه معتاد بودند. از ۲۴۵ نفر بین ۲۵۰۰-۱۵۰۰ گرم ۱۵۵ نفر (۱۶/۲۹%) در گروه بدون اعتیاد و ۹۰ نفر (۲۸/۳۹%) در گروه معتاد بودند و از ۹۷۵ نفر بالای ۲۵۰۰ گرم ۷۶۴ نفر در گروه بدون اعتیاد و ۲۱۱ نفر در گروه معتاد بودند.

مجموعاً ۶۴ مورد (۵/۰۴%) پره اکلامپسی دیده شد. میزان فشا خون ناشی از حاملگی یا PIH بین دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت (جدول ۲).

۱۹ مورد (۱/۴۹%) پلاسنال ابرایشن یا کنده شدن زودرس جفت وجود داشت که در گروه مادران معتاد به طور معنی‌دار بیشتر بود (P=0.023) (جدول ۲).

زایمان پره‌ترم (زیر ۳۷ هفته) در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت. مجموعاً ۳۴۶ مورد (۲۷/۲۸%) زایمان زیر ۳۷ هفته وجود داشت (جدول ۲).

معتاد بیشتر بود (جدول ۱). میزان سزارین، مرگ نوزادان، دفع مکنونیوم، آپگار کم‌تر از ۷ در دقیقه ۵، پلاسنال ابرایشن یا کنده شدن زودرس جفت و نیاز به NICU در گروه معتاد به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (جدول ۱ و ۲).

۳۵۴ زن (۲۷/۹۱%) پارگی مامبران‌ها را ذکر کردند که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار نبود (جدول ۲). در ۹۲ مورد (۷/۲۵%) دفع مکنونیوم وجود داشت که در گروه معتاد بیشتر بود (جدول ۳). ۳۱ مورد (۲/۴%) مرگ داخل رحمی در کل بیماران مشاهده شد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۱).

۴ مورد جفت سرراهی وجود داشت که دو نفر در گروه معتاد و دو نفر در گروه غیر معتاد بودند که تفاوت آماری معنی‌دار نبود (P=0.24).

وزن نوزادان به طور متوسط در گروه معتاد کم‌تر بود و نیز میزان IUGR (وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم) در گروه معتاد بیشتر بود (جدول ۱ و ۲).

جدول شماره (۱): مشخصات بیماران در دو گروه

P Value	گروه معتاد n=317	گروه غیر معتاد n=951	
			M±SD (سال)
*./۰۰۰	۲۸/۳۹± ۶/۵	۲۵/۹ ± ۵/۵	سن
			M±SD (کیلوگرم)
*./۰۰۰	۶۶/۹± ۱۲/۸	۷۴/۱± ۱۲/۷	وزن
			M±SD (سانتی متر)
۰/۱۲۵	۱۵۷/۸± ۵/۸	۱۵۸/۴± ۵/۶	قد
			M±SD (گرم)
*./۰۰۰	۲۶۸۹/۷± ۶۱۶/۲	۲۹۷۷/۴± ۶۵۴/۸	وزن تولد
*./۰۰۴۲	۱۸۹ (۶۰%)	۶۲۷ (۶۶%)	NVD= 816
	۱۲۸ (۴۰%)	۳۲۴ (۳۴%)	CS=452
			تعداد (%)
*./۰۰۰	۲۴۵ (۸۷%)	۸۴۳ (۸۹%)	نه
	۷۲ (۲۳%)	۱۰۸ (۱۱%)	بله
			سابقه سقط
۰/۲۴۸	۲۶ (۲۸/۳%)	۲۰۰ (۲۹/۷%)	Pre-Term
	۱ (۱/۱%)	۱ (۰/۱%)	Post-Term
			سن حاملگی
۰/۱۸۱	۳۰۷ (۹۷%)	۹۳۰ (۹۸%)	نه
	۱۰ (۳%)	۲۱ (۲%)	بله
			مرگ جنین
			داخل رحم
*./۰۰۰	۲/۵± ۱/۶	۱/۷± ۱	M±SD
			تعداد حاملگی
۰/۷۲۵	۲۶۲/۹۸ ± ۲۸/۱	۲۶۳/۹۰ ± ۲۲/۸	M±SD (روز)
	۱۶۸ (۵۲/۹۹%)	۵۲۶ (۵۵/۳۱%)	پسر ۶۹۴ نفر
			جنس جنین
۰/۴۷	۱۴۹ (۴۷/۰۱%)	۴۲۵ (۴۴/۶۸%)	دختر ۵۷۴ نفر
			داخل رحم

\* معنی‌دار

جدول شماره (۲): ریسک نسبی پیامد حاملگی در مادران با و بدون اعتیاد

P Value	RR (95%CI)	گروه معتاد n=317	گروه غیر معتاد n=951	تعداد=۱۲۶۸ نفر	
.۰/۴۳۵	Reference	۳۰۳ (%۹۵/۴)	۹۰۱ (%۹۴/۵)	منفی	فشار خون
	.۰/۸۳ (-۰/۶۹-۱/۱)	۱۴ (%۴/۶)	۵۰ (%۵/۵)	مثبت	ناشی از حاملگی
.۰/۷۸۵	Reference	۲۲۶ (%۷۱)	۶۸۸ (%۷۲)	نه	پارگی
	۱/۱ (۱/۰-۱/۱)	۹۱ (%۲۹)	۲۶۳ (%۲۸)	بله	مامبران‌ها
*./۰.۲۳	Reference	۳۰۸ (%۹۷)	۹۴۱ (%۹۹/۹)	نه	پلاستال
	۲/۷ (۱/۸-۴/۱)	۹ (%۳)	۱۰ (%۰/۱)	بله	ابراپشن
*./۰.۰۰	Reference	۲۷۶ (%۸۷)	۹۰۰ (%۹۵)	نه	مکونیوم
	۲/۶ (۲/۳-۲/۸)	۴۱ (%۱۳)	۵۱ (%۵)	بله	
*./۰.۰۰	Reference	۲۱۱ (%۶۶/۵۶)	۷۶۴ (%۸۰/۳۳)	وزن تولد ۲۵۰۰≤	IUGR
	۱/۹ (۱/۸-۲/۰)	۱۰۶ (%۳۳/۴۳)	۱۸۷ (%۱۹/۶)	وزن تولد ۲۵۰۰ >	
*./۰.۰۱	Reference	۲۳۶ (%۷۴)	۷۸۹ (%۸۳)	۷≤	آپگار دقیقه ۵
	۱/۷ (۱/۵-۱/۷)	۸۱ (%۲۶)	۱۶۲ (%۱۷)	۷>	
*./۰.۹۴	Reference	۲۱۹ (%۶۹)	۷۰۳ (%۷۴)	۳۷≤	سن حاملگی
	۱/۲ (-۰/۹-۱/۴)	۹۸ (%۳۱)	۲۴۸ (%۲۶)	۳۷>	
*./۰.۰۰	Reference	۱۷۳ (%۵۴/۵۷)	۷۷۸ (%۸۱/۸۰)	نه	پذیرش
	۳/۷ (۳/۵-۳/۸)	۱۴۴ (%۴۵/۴۲)	۱۷۳ (%۱۸/۱۹)	بله	در NICU
*./۰.۰۹	Reference	۲۹۵ (%۹۳)	۹۱۹ (%۹۶/۶)	نه	مرگ نوزاد
	۲/۱ (۱/۸-۲/۵)	۲۲ (%۷)	۳۲ (%۳/۴)	بله	
*./۰.۴۹	Reference	۱۸۹ (%۵۹/۸)	۶۲۷ (%۶۲/۶)	واژینال	زایمان
	۱/۱ (۱/۰-۱/۱۲)	۱۲۸ (%۴۰/۳۷)	۳۲۴ (%۳۴/۰۶)	سزارین	

\* : معنی دار

جدول شماره (۳): ریسک نسبی خام برای پذیرش نوزاد در NICU

P Value	RR (95% CI)	نیاز به NICU n=317	بدون نیاز به NICU n=951		
	Reference	۱۷۳ (%۵۴/۶)	۷۷۸ (%۸۱/۸)	بدون اعتیاد= ۹۵۱	
*./...	۳/۷ (۳/۶-۳/۸)	۱۴۴ (%۴۵/۴)	۱۷۳ (%۱۸/۲)	با اعتیاد= ۳۱۷	اعتیاد
	Reference	۳۰۴ (%۹۵/۹)	۹۰۰ (%۹۸/۸)	منفی= ۱۲۰۴	فشار خون
*./...۱	۳/۶ (۲/۶-۵/۱)	۱۳ (%۴/۱)	۵۱ (%۵/۳)	مثبت= ۶۴	بالا
	Reference	۲۲۶ (%۷۱)	۶۸۸ (%۷۲)	نه= ۹۱۴	پارگی
./۷۱۸	۱/۱ (۰/۸-۱/۳)	۹۱ (%۲۹)	۲۶۳ (%۲۸)	بله= ۳۵۴	مامبرانها
	Reference	۳۰۶ (%۹۶/۵)	۹۴۳ (%۹۹/۲)	نه	پلاستال
*./...۲	۴/۲ (۲/۷-۶/۵)	۱۱ (%۳/۵)	۸ (%۰/۸)	بله= ۹	ابراپشن
	Reference	۲۷۲ (%۸۶)	۹۰۴ (%۹۵)	نه= ۱۱۷۶	مکونیوم
*./...	۳/۲ (۲/۹-۳/۵)	۴۵ (%۱۴)	۴۶ (%۵)	بله= ۹۲	
	Reference	۱۶۷ (%۵۳/۵)	۷۷۲ (%۸۷)	وزن تولد $\leq 2500$ گرم	وزن جنین
*./...	۵/۷ (۵/۵-۶/۰)	۱۴۵ (%۴۶/۵)	۱۱۶ (%۱۳)	وزن تولد $> 2500$ گرم	
	Reference	۱۹۴ (%۶۱)	۸۳۱ (%۸۷)	خوب= ۱۰۲۵	آپگار
*./...	۴/۳ (۴/۱-۴/۵)	۱۲۳ (%۳۹)	۱۲۰ (%۱۳)	بد= ۲۴۳	
	Reference	۱۶۰ (%۵۰/۵)	۷۶۲ (%۸۰)	$\geq 37 = 922$	سن
*./...	۳/۹ (۳/۸-۴/۱)	۱۵۷ (%۴۹/۵)	۱۸۹ (%۲۰)	$< 37 = 346$	حاملگی
	Reference	۱۶۷ (%۵۳)	۵۲۷ (%۵۵)	پسر= ۶۹۴	جنس
./۴۳۴	۱/۱ (۱/۱-۱/۲)	۱۵۰ (%۴۷)	۴۲۴ (%۴۵)	دختر= ۵۷۴	جنین
	Reference	۱۸۴ (%۵۸)	۶۳۲ (%۶۶/۵)	طبیعی= ۸۱۶	زایمان
*./...۷	۱/۴ (۱/۳-۱/۸)	۱۳۳ (%۴۲)	۳۱۹ (%۳۳/۵)	سزارین= ۴۵۲	

\*: معنی دار

جدول شماره (۴): ریسک نسبی adjust شده برای پذیرش نوزاد در NICU

P Value	RR (95% CI)	نیاز به NICU n=317	بدون نیاز به NICU n=951		
*./...	Reference	۱۷۳ (۵۴/۶)	۷۷۸ (۸۱/۸)	بدون اعتیاد= ۹۵۱	اعتیاد
	۳/۵ (۲/۵-۴/۸)	۱۴۴ (۴۵/۴)	۱۷۳ (۱۸/۲)	با اعتیاد= ۳۱۷	
./۴۹۵	Reference	۳۰۴ (۹۵/۹)	۹۴۰ (۹۸/۸)	منفی= ۱۲۰۴	فشار خون بالا
	۱/۴ (۰/۵-۳/۹)	۱۳ (۴/۱)	۵۱ (۵/۳)	مثبت= ۶۴	
./۳۱۵	Reference	۲۲۶ (۷۱)	۶۸۸ (۷۲)	نه= ۹۱۴	پارگی مامبرانها
	۰/۸ (۰/۵-۱/۱)	۹۱ (۲۹)	۲۶۳ (۲۸)	بله= ۳۵۴	
./۳۷۲	Reference	۳۰۶ (۹۶/۵)	۹۴۳ (۹۹/۲)	نه	پلاستال ابرایشن
	۱/۸ (۰/۴-۷/۱)	۱۱ (۳/۵)	۸ (۰/۸)	بله= ۹	
*./...	Reference	۲۷۲ (۸۶)	۹۰۴ (۹۵)	نه= ۱۱۷۶	مکونیوم
	۴/۱ (۲/۵-۶/۹)	۴۵ (۱۴)	۴۶ (۵)	بله= ۹۲	
*./...	Reference	۱۶۷ (۵۳/۵)	۷۷۲ (۸۷)	وزن تولد $\leq 2500$ گرم	وزن جنین
	۲/۶ (۱/۸-۳/۹)	۱۴۵ (۴۶/۵)	۱۱۶ (۱۳)	وزن تولد $> 2500$ گرم	
*./...	Reference	۱۹۴ (۶۱)	۸۳۱ (۸۷)	خوب= ۱۰۲۵	آپگار
	۲/۵ (۱/۷-۳/۶)	۱۲۳ (۳۹)	۱۲۰ (۱۳)	بد= ۲۴۳	
*./...	Reference	۱۶۰ (۵۰/۵)	۷۶۲ (۸۰)	$\geq 37$	سن حاملگی
	۲/۶ (۱/۸-۳/۸)	۱۵۷ (۴۹/۵)	۱۸۹ (۲۰)	$< 37$	
./۹۸۴	Reference	۱۶۷ (۵۳)	۵۲۶ (۵۵)	پسر= ۶۹۴	جنس جنین
	۰/۹ (۰/۷-۱/۳)	۱۵۰ (۴۷)	۴۲۴ (۴۵)	دختر= ۵۷۴	
./۹۳۲	Reference	۱۸۴ (۵۸)	۶۳۲ (۶۶/۵)	طبیعی= ۸۱۶	زایمان
	۱/۰ (۰/۷-۱/۳)	۱۳۳ (۴۲)	۳۱۹ (۳۳/۵)	سزارین= ۴۵۲	

\* معنی دار

## بحث

در مطالعه‌ای (۱۱) که بررسی اثر هروئین و آمفتامین در طی حاملگی بر روی مادران پرداخته است در سابقه این بیماران میزان سقط بیشتر گزارش گردیده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد و در مطالعات دیگر نیز این مسئله مطرح گردیده است (۱۴، ۱۳). با توجه به این که در این مطالعه فاکتورهای موثری که

در مطالعه حاضر سابقه سقط، میزان مرگ نوزادی، وزن کم زمان تولد، میزان کنده شدن زودرس جفت، آپگاریابین، دفع مکونیوم، سزارین و نیز نیاز به بستری نوزاد در NICU در گروه معتاد بیشتر مشاهده شد.

نیست که مادر باید مواد را ترک کند (۱۷)، بلکه هدف، نگاه داشتن او در حیطه سیستم بهداشتی و تشویق برای احساس مسئولیت داشتن در قبال شرایط خویش است.

در مطالعه‌ای (۱۴) که به طور کوهورت گذشته‌نگر بر روی ۱۷۹ نفر صورت گرفت که مادران آن‌ها مجموعه چند دارو را سوء مصرف می‌کردند، میزان سقط قبلی در آنان بیشتر گزارش گردید که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

در مطالعه دیگر (۱۹) سوء مصرف مواد با افزایش ریسک پلاسنتال ابرایشن، خونریزی قبل از زایمان، مرگ جنین Still birth و مرگ نوزادی neonatal death، زایمان زودرس، IUGR و نیاز نوزاد به NICU همراه بوده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. عوامل متعددی می‌تواند در افرا معتاد سبب این پیامدهای بد حاملگی شود (۱۹،۵) که شامل بی‌شغل بودن، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و داشتن مشکلات روانی است.

در مطالعه‌ای (۲۰) که اثرات مادری و نوزادی سوء مصرف مواد در حاملگی پرداخته است، زایمان زودرس و ناهنجاری مادرزادی در نوزاد این مادران بیشتر گزارش شده است. حال آنکه مطالعه دیگر (۲۱) رابطه بین مصرف قبل از حاملگی مواد با نقایص مادرزادی را زیر سؤال می‌داند. در مطالعه حاضر متأسفانه از نظر ناهنجاری مادرزادی بررسی صورت نگرفته است.

مرگ نوزادان در نوزادانی که مادران آن‌ها بر روی متادون در طی حاملگی بوده‌اند نیز بیشتر گزارش شده است (۲۲) و در مطالعه دیگر (۲۳) مصرف متادون در حاملگی با افزایش ریسک زایمان زودرس، SGA، پذیرش در NICU و ناهنجاری‌های بزرگ مادرزادی همراه بوده است و به همین سبب توجه، به استفاده از بوپرنورفین معطوف گردیده است (۲۴).

Poor Obstetric outcomes عواقب بد مامایی تا ۶ برابر بیشتر در مادرانی گزارش شده است که از اپیات‌ها استفاده می‌کنند (۲۵) و مصرف کوکائین با افزایش ریسک سقط خودبخودی، زایمان زودرس، پلاسنتال ابرایشن و ناهنجاری‌های مادرزادی همراه بوده است (۲۵).

با این حال مصرف cannabis یا شاهدانه با افزایش زایمان زودرس و وزن کم تولد همراه نبوده است (۲۶).

با توجه به مطالعات ذکر شده و مطالعه حاضر و تنوع و تعدد عوارض ذکر شده می‌توان با یک روش multi disciplinary احتمالاً پیامدهای مادری و نوزادی را بهبود بخشید و به این نکته توجه اکید داشت که سوء مصرف مواد سبب عواقب بد حاملگی می‌شود و کنترل از نظر سوء مصرف مواد این عاقبت را بهبود می‌بخشد.

می‌تواند بر روی پیامد حاملگی تأثیر گذار باشند مثل سابقه بیماری، سابقه سزارین قبلی و یا جراحی روی رحم و وضعیت اقتصادی اجتماعی در هر دو گروه یکسان شده است، تا حدودی سعی گردید عوامل تأثیرگذار حذف شده باشند تا بتوان بیشتر اثر سوء مصرف مواد را بروی اوت کام حاملگی سنجید. مسئله مهمی که در بیماران با آن مواجه هستیم، استفاده همزمان از چند دارو به تبع شرایط بازار و امکان دسترسی و شرایط قانونی است که بررسی تأثیر مواد را به طور جداگانه مشکل می‌ساخت و این مسئله یک محدودیت مهم در پژوهش حاضر است. مسئله دیگر استفاده از موادی است که جدیداً وارد بازار شده (مثل کراک، شیشه) و یا مواد توهم‌زای دیگر که بیماران نام آن‌ها را به درستی نمی‌دانند. در مطالعه اخیر تعداد زیادی از بیماران از کراک و شیشه بنا به گفته خود استفاده می‌کردند که موادی است که جدیداً مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. که این ترکیبات نیز به طور خالص به بیماران نمی‌رسد و مواد اضافی دیگر همراه خود دارند. با توجه به اینکه کلیه بیماران معتاد در این مطالعه سیگار نیز مصرف می‌کردند و خود سیگار و نیز استرس می‌تواند روی پیامد حاملگی اثر بگذارد بنابراین اثر سیگار را نمی‌توان جدا کرد و این نکته یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

در مطالعه حاضر خوشبختانه هیچ‌کدام از زنان باردار الکل استفاده نمی‌کردند. نوزادان کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم در مطالعه حاضر در گروه معتاد بیشتر بود، ولی در مطالعه‌ای که توسط Schempf و همکاران (۱۵) صورت گرفته پس از adjust کردن برای مسائل اقتصادی اجتماعی و رفتاری و روانی اجتماعی وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم در گروه معتادان زیاده‌تر گزارش نشده و محققین مطرح می‌کنند که کم‌تر بودن وزن زمان تولد بیشتر به مسائل محیطی مربوط است تا خود استفاده از مواد مخدر.

فاکتورهای مورد بررسی در این مطالعه نژاد، تحصیلات، شاغل بودن، وضعیت اقتصادی بوده‌اند که در مطالعه حاضر بیماران دو گروه ایرانی بوده و از نظر مسائل فوق همگون شده‌اند و یکسان بوده‌اند.

مصرف سیگار در طی حاملگی یک عامل مهم برای وزن پایین زمان تولد است (۱۶،۱۳). هدف متخصص مامایی باید ارائه محیط Supportive پشتیبان و بدون داوری non judgmental برای به حداقل رساندن ریسک باشد (۱۸،۱۷). این مسئله یک وظیفه multi disciplinary بین مددکاران اجتماعی، ماما، متخصص نوزادان، مشاوران اعتیاد و پزشکان عمومی است که همگی باید کمک کنند که ریسک را برای این مادران به حداقل برسانند. هدف، کم کردن ریسک برای این مادران است، که به این معنی

## References:

1. Johnson K, Gerada C, Greenough A. Substance misuse during pregnancy. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 187-9.
2. Kings JC. Substance abuse in pregnancy: a bigger problem than you think. *Postgrad Med* 1997; 102 (3): 135-7.
3. Lamy S, Thibaut F. Psychoactive substance use during pregnancy: a review. *Encephale* 2010; 36 (1): 33-8.
4. Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19 (5): 578-85.
5. Kennare R, Heard A, Chan A. Substance use during Pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45 (3): 220-5.
6. Lam SK, To WK, Duthie SJ, Ma HK. Narcotic addiction in pregnancy with adverse maternal and perinatal outcome. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1992; 32 (3): 216-21.
7. Thangappah RB. Maternal and perinatal outcome with drug abuse in pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20 (6): 597-600.
8. Vavrinkova B, Binder T, Vitkova I, Ziviny J. Placental and umbilical cord changes in drug-addicted women. *Ceska Gynekel* 2001; 66 (5): 345-9.
9. Ludlow JP, Evans SF, Hulse G. Obstetrics and perinatal outcomes in pregnancies associated with illicit substance abuse. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004; 44 (4): 302-6.
10. Fajemirokun- Odudeyi O, Sinha C, Tutty S, Paireudeau P, Armstrong D, et al. Pregnancy outcomes in women who use opiates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 126 (2): 170-5.
11. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. *J Med Assoc Thai* 2005; 88 (11): 1506-13.
12. Vavrinkova B, Binder T. Socioeconomic dates the course of pregnancy and delivery in opioid addicted women and women under substitution therapy. *Ceska Gynekol* 2007; 72 (5): 330-5.
13. Piechni S, Puig C, Zuzcaro P, Marchei E, Pellegrini M, Murillo J, et al. Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". *Forensic Sci Int* 2005; 153 (1): 59-65.
14. Simmat- Durand L, Toutain S, Vellut N, Genest L, Crenn- Hebbert C, Simonpoli AM, et al. Maternal and obstetrical data in a retrospective Cohort of 170 newborns from poly drug using mothers, in the Paris area, 1999-2008. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2010; 39 (8): 647-55.
15. Schempf AH, Strobine DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *J Urban Health* 2008; 85 (6): 858-73.
16. Visscher WA, Feder M, Burns AM, Brady TM, Bray RM. The impact of smoking and other substance use by urban women on the birth weight of their infants. *Subst Use Misuse* 2003; 38 (8): 1063-93.
17. Wright A, Walker J. Management of women who use drugs during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007; 12(2): 114-8.
18. Brulet C, Chanal C, Ravel P, Mazurier E, Boulot P, Faucherre V. Multi disciplinary monitoring and psychosocial support reduce complications of opiate dependence in pregnant women: 114 pregnancies. *Presse Med* 2007; 3 (11 pt1): 157-80.
19. Bell J, Harvey- Dodds L. Pregnancy and injecting drug use. *BMJ.* 2008; 336: 1303-5.
20. Vucinvic M, Roje D, Vucinvic Z, Capkun V, Bucat M, Banovic I. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-



- Year experience. *Yonsei Med J* 2008; 49 (5): 705-13
21. van Gelder MM, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N. National Birth Defect Prevention Study. Maternal periconceptional illicit drug use and the risk of congenital malformations. *Epidemiology* 2009; 20 (1): 60-6.
  22. Burns L, Conrov E, Mattick RP. Infant mortality among women on a methadone program during pregnancy. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29 (5): 551-6.
  23. Cleary BJ, Donnelly JM, Stawbridge JD, Gallagher PJ, Fahey T, White MJ, et al. Methadone and Perinatal outcomes: a retrospective cohort study. *AM J Obstet Gynecol* 2011; 204(2): 139e 1-9.
  24. Binder T, Vavrinkova B. Prospective randomized comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birth weight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. *Neuro Endocrinol Lett* 2008; 29 (1): 80.
  25. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. *J Addict Dis* 2010; 29 (2): 175-91.
  26. van Gelder MM, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N. National Birth Defects Prevention Study: characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and prenatal outcome in a Population- based study. *Drug Alcohol Depend* 2010; 109 (1-3): 243-7.