

اعتیاد در حاملگی و شیردهی

گردآوری از: نضال آژ*، فاطمه نجفی**

مقدمه:

منظور از اعتیاد بکارگیری مواد روان گردان برای ایجاد لذت یا پرهیز از ناراحتی جسمی و عاطفی است (۳) که می تواند شامل اعتیاد به سیگار (نیکوتین)، کافئین، الکل، مواد مخدر و سایر مواد آرامبخش باشد. شیوع اعتیاد به طور دقیق در هیچ جای جهان مشخص نیست، بخصوص استفاده از داروهای غیر مجاز در میان زنان باردار بصورت پشت پرده بوده و معمولاً بیماران آن را انکار می کنند و عوارض نسبت داده شده به این داروها می تواند بدلائل دیگری مثل فقر اقتصادی یا اجتماعی یا تغذیه ای باشد. باید دانست اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری طبی محض نیست بلکه معضل اجتماعی می باشد و معتادین از عنوان کردن این موضوع به دلایل قانونی واهمه دارند (۱۲).

شیوع اعتیاد به مواد مخدر:

در یک بررسی غربالگرانه ۷۱۵ زن باردار در مورد اعتیاد به الکل، تریاک، کوکائین و شاه دانه ۱۵ درصد تست ادرار مثبت داشتند (۶). تخمین زده می شود که ۴۷ میلیون نفر در آمریکا سیگار می کشند که ۲۲/۵ میلیون نفر آنها را زنان تشکیل می دهند و از این میان ۱۹ تا ۲۷ درصد در حین بارداری از سیگار استفاده می کنند (۱۵). وگا و همکارانش در بررسی ادرار ۲۹۴۹۴ زن حامله در بیمارستانهای کالیفرنیا دریافتند که ۶/۷ درصد آنها به الکل و ۵/۲ درصد به چند داروی غیر مجاز معتاد هستند و درمطالعاتی که در ایسلند انجام شده است این آمار را ۷/۵ درصد گزارش نمودند. سایر مطالعات شیوع آن را بین ۱۶/۸ تا ۲۱ درصد که

به طور متوسط ۱۸/۴ درصد ذکر نموده اند (۱۲). کانینگهام (۲۰۰۱) شیوع استفاده از داروهای غیر مجاز را در زنان حامله حدود ۱۰ درصد تخمین زده است (۶). در ایران آماری در مورد مصرف داروهای غیر مجاز در بارداری وجود ندارد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۴ در مازندران انجام گرفت، اعتیاد به مواد مخدر بطور کلی در این استان بین ۲۱/۳ درصد در گنبد کاووس و ۶ درصد در رامسر متفاوت بود (۱). نکته ای که ذکر آن لازم به نظر می رسد این که ۷۵ درصد زنان معتاد بیش از یک دارو را استفاده می کنند (۶).

روش های تشخیصی:

جهت غربالگری مواد مخدر در زنان می توان از روش مصاحبه، پرسشنامه، یا تست های آزمایشگاهی مثل ادرار استفاده کرد که تست ادرار از حساسیت بیشتری برخوردار است. تست ادرار برای داروهایی که مورد سوء استعمال قرار می گیرند در دو سطح در اتاق اورژانس و پزشکی قانونی انجام می شود. اولی شامل روشهای غربالگری سریع و اورژانسی است. هدف از این نوع تستها تشخیص وجود یک یا چندین دارو از داروهای غیر مجاز در ادرار بیماران است. ندرتاً از روشهای کروماتوگرافی پیچیده تر استفاده می شود. از طرف دیگر در موارد پزشکی قانونی نه تنها نیاز به غربالگری دارد بلکه باید از روشهای تأییدی مستقل استفاده کرد و در عین حال زنجیره حفاظت نیز باید رعایت گردد (۲ و ۴). بطور کلی الکل طی ۲۴ ساعت پس از مصرف، آمفتامین و باربیتوراتهای کوتاه اثر طی ۴۸ ساعت و باربیتوراتهای طولانی اثر ظرف ۷ روز،

* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س) لاهیجان.

** کارشناس مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س) لاهیجان.

بنزودیازپین ها و کوکائین تا ۷۲ ساعت، ماری جوانا یا حشیش بصورت تک دوز طی ۷۲ ساعت و در صورت استفاده مزمن تا ۳۰ روز، تریاک مانند مرفین تا ۴۸ ساعت و متادون تا ۹۶ ساعت پس از مصرف در ادرار قابل مشاهده هستند (۱۲).

عوارض مواد غیر مجاز بر روی حاملگی و شیر دهی :

۱- سیگار (نیکوتین) :

تأثیر سیگار بر روی بارداری و شیردهی بخوبی مطالعه شده است. ۱۹ تا ۲۷ درصد زنان آمریکایی در حین بارداری سیگار می کشند. عوارض بصورت حاملگی خارج رحمی، سقط، پارگی زودرس پرده های آمنیون، نازائی، دکولمان، جفت سر راهی و خونریزی قبل از زایمان که نسبت به گروه کنترل غیر سیگاری بیشتر است. در جنین و نوزاد به صورت تأخیر رشد داخل رحمی، سندرم مرگ ناگهانی نوزادی و افزایش مرگ و میر پری ناتال بروز می کند (۱۵ و ۲۰). علل این عوارض را به کاهش سطح هموگلوبین، کاهش جریان خون رحمی- جفتی نسبت می دهند که سبب به وجود آمدن جفت های کوچک و افزایش فشار خون و پره- اکلامپسی یا مسمومیت حاملگی و مشکلات زایمانی و نیز معکوس شدن حرکت پریستالتیسم لوله رحمی که سبب کند شدن حرکت تخم لقاح یافته و حاملگی خارج رحمی می گردد. از طرف دیگر سیگار کشیدن سبب تجمع نیکوتین و منواکسید کربن در جفت و عدم دسترسی جنین به اکسیژن و غذا می شود که سبب سقط در سه ماهه اول یا رشد کم یا وزن کم زمان تولد در نوزاد می شود. بعد از زایمان زنان سیگاری تمایل کمتری به شیردهی دارند از طرفی نیکوتین سطح پرولاکتین پایه را کاهش داده که بر روی میزان شیر و خصوص چربی آن اثر کاهنده دارد. باید توجه داشت که نیکوتین از طریق شیر ترشح می شود و میزان آن در شیر ۲ تا ۳ برابر سطح سرمی مادر است. سایر عوارض همراه نیکوتین شامل افزایش تغییرات ضربان قلب جنین، شیوع بیماری تنفسی، آپنه نوزادی، اختلالات رفتاری در دوران کودکی و نیز تاکی کاردی نوزادی،

افزایش فشارخون و کاهش اشباع اکسیژن خون شریانی و نیز افزایش دی اکسید کربن خون کودکان و شیرخواران می گردد (۲۱). زنان باردار انگیزه بیشتری برای ترک سیگار دارند. بخصوص آنانکه کمتر سیگار می کشند، همسران غیر سیگاری دارند و یا اولین حاملگی خود را تجربه می کنند و نیز سطح تحصیلات بالاتری دارند، به همین منوال افرادی که بیش از یک پاکت سیگار می کشند تمایل کمتری برای ترک سیگار دارند (۲۱). با توجه به مطالب فوق هرچند نیکوتین در بارداری کنتراندیکه نیست ولی انجمن اطفال آمریکا آن را مضر دانسته و توصیه نموده مادران سیگاری از شیردهی اجتناب نمایند (۱۵). توصیه می شود زنان سیگاری ۲ تا ۳ ساعت قبل از شیر دادن سیگار نکشند، زیرا نیمه عمد نیکوتین در خون ۹۰ دقیقه است. ضمن اینکه خطر تراژدی نیکوتینی در زنان غیر سیگاری به همان اندازه است که زنان در سه ماهه اول بارداری سیگار را ترک کنند (۲۱).

۲- الکل :

اساساً آمار ارائه شده در مورد الکل کمتر از آن است که به هنگام زایمان اعلام می شود. بطوریکه فقط شیوع آن را ۱/۱ درصد گزارش کرده اند و این در حالیست که در برخی مطالعات برای کنترل و پیشگیری این آمار ۱۵ تا ۲۳ درصد گزارش شده است. از آنجا که الکل یک کوفاکتور بوده، میزان ناهنجاریهای مادرزادی و اختلال رشد را افزایش می دهد و سبب سندرم جنین الکلی می شود که با سه خصوصیت تأخیر رشد داخل رحمی، نواقص جمجمه ای و صورت و اختلال عملکرد اعصاب مرکزی مشخص می شود. نواقص جمجمه ای و صورتی به شکل میکروسفالی، نواقص چشمی و شکاف کام می باشد. همچنین ناهنجاریهای مفاصل و اسکلتی و نواقص قلبی و آنومالی های ژنیتال در برخی از نوزادان مشاهده شده است. در عین حال تأخیر رشد داخل رحمی و وزن کم زمان تولد، ناهنجاری سیستم اعصاب مرکزی، اختلالات رفتاری و یاد گیری در این نوزادان دیده می شود و سیکل خواب و بیداری نوزاد مختل

۴- مخدرها:

تمامی مخدرها قدرت عبور از جفت را داشته، زیرا قابلیت حلالیت در چربی را دارند و براحتی از جفت عبور می کنند. نوزاد حامله معتاد نیز متأثر بوده و معتاد می باشد و پس از تولد به تدریج دچار سندرم محرومیت خواهد شد. مگر اینکه تدابیر لازم در این مورد مدنظر شما باشد (۲). البته هرچه نوزاد ترم باشد، علائم محرومیت بخصوص تشنج واضحتر است و هرچه نوزاد نارس باشد علائم خفیف تر و غیر اختصاصی تر است. نکته قابل ذکر دیگر در مورد مادرانی که معتاد نیستند ولی تحت درمان با مخدرهای وریدی هستند، اینان باید متوجه باشند که تمامی مخدرها در شیر ترشح می شوند ولی فقط در ارتباط با مرفین و مپریدین، دپرسیون نوزادی گزارش شده است (۶).

۵- تریاک:

واژه اپیوئید به مشتقات تریاک اطلاق می شود که برای انواع طبیعی، نیمه صناعی و صناعی نیز کاربرد دارد. مرفین و کدئین مشتقات طبیعی آن هستند. هروئین، اکسی مورفون هیدروکلراید (نامورفون)، هیدرومورفون هیدروکلراید، نیمه صناعی هستند و از تغییراتی که در تریاک داده می شود حاصل می شوند. مپریدین هیدروکلراید، متادون هیدروکلراید و فنتانیل بطور صناعی ساخته می شوند اصطلاح designerdny به آنالوگ های مپریدین اطلاق می شود. شکی نیست که داروهای مخدر دارای عوارض جدی بر روی مادر و جنین هستند. سلولیت، آبسه، اندوکاردیت، هپاتیت و عفونت یا ایدز در میان مصرف کنندگان مواد مخدر که از سرنگ های مشترک استفاده میکنند به وفور دیده می شود. در آمریکا شیوع آنتی بادی مثبت برای ایدز در مصرف کنندگان تزریقی بیشتر از ۵۰ درصد است (۱۱) میزان مرده زایی، تأخیر رشد داخل رحمی، نارس بودن و مرگ و میر نوزادی ۳ تا ۷ برابر افراد عادی در میان معتادان هروئین دیده می شود (۱۰).

باید توجه داشت چون این پیامدها ناشی از سوء استفاده دارویی مربوط به مشکلات اجتماعی است،

می شود. سایر محققین عوارضی چون سقط خودبخودی، جدا شدن جفت قبل از تولد جنین و خونریزی در موارد مصرف الکل به صورت متوسط یا زیاد مشاهده نموده اند. هرچند با تخفیف مصرف الکل در عوارض ناشی از آن کاهش دیده نشده است (۲۰).

از هر ۱۰۰،۰۰۰ تولد در آمریکا ۳ درصد یا حدود ۲،۰۰۰ کودک به سندرم نوزاد الکلی مبتلا می شوند. اگر زنی ۱ تا ۲ (۳۰ تا ۶۰ میلی گرم) یا ۲ تا ۴ بار در روز الکل بنوشد ۱۰ درصد احتمال دارد جنین او دچار این سندرم گردد، ضمن اینکه باید در نظر داشت دوز ایمن برای مصرف الکل وجود ندارد (۱).

۳- کافئین:

در مورد ارتباط بین مصرف کافئین و عاقبت حاملگی به مقدار کافی مطالعه نشده است، دوزهای بالای ۳۰ تا ۴۰ فنجان در روز در حیوانات تراتوژن شناخته شده است و سبب نواقصی در انگشتان بخصوص انگشت شست می شود در برخی مطالعات انسانی مرگ داخل رحمی، سقط خودبخودی و زایمان زود رس در موارد مصرف ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی گرم روزانه گزارش شده است. کافئین وازواکتیو و محصولات محرکه آن بر روی رحم و پرفیوژن جفتی اثر می گذارد. کمتر از ۱ درصد درصد کافئین خورده شده از طریق شیر ترشح می شود. مادرانیکه ۸ تا ۱۰ لیوان کافئین می خورند، نوزادشان هیپراکتیو بوده و در خوابیدن مشکل داشته و به آسانی از خواب می پرند. این مورد در مادرانیکه بطور مرتب کافئین ولی به مقدار کمتر مصرف می کنند نیز دیده می شود. به هر حال خوردن کافئین با کشیدن سیگار همراه می شود. بیشتر مطالعات نشان می دهد که زنان حامله بایستی مصرف کافئین را به یک لیوان در روز کاهش دهند. در زنانی که ۴۰۰ میلی گرم یا ۴ لیوان روزانه کافئین مصرف می نمایند رشد جنین آهسته تر شده و سبب افزایش سقط در سه ماهه اول می گردد. مطالعات دیگر نازایی را مطرح نموده اند (۲۱ و ۱۳).

درمان با متادون ممکن است علائم با تأخیر ۱ تا ۲ روز بعد بروز کند.

باید توجه داشت که علائم در مادران تحت درمان، حداکثر تا ۱۰ روز بعد از تولد نیز دیده می شود. بنابراین مادران باید علائم محرومیت را به دقت مورد بررسی قرار دهند (۱۹).

۶- آمفتامین :

تأثیر آمفتامین در بارداری کمتر مطالعه شده است چون شیوع استفاده از آن کمتر است. دورنمای عوارض جنینی در استفاده از آمفتامین مشابه کوکائین است. آمفتامین مانند سایر مواد مخدر تغذیه مادر را در حین بارداری تحت تأثیر قرار داده و سبب تأخیر رشد داخل رحمی و ناهنجاریهای سیستم عصبی می شود. مت آمفتامین برای درمان چاقی و کاهش اشتها نیز استفاده می شود (۶).

استفاده از کریستالهای مت آمفتامین (تحت عنوان یخ یا یخ آبی) توسط زنان باردار سبب کاهش اندازه دور سر جنین می شود و نیز با افزایش خطر دکولمان جفت و کاهش رشد و مرگ داخل رحمی همراه است (۱۷).

۷- ماری جوآنا (حشیش) :

از گیاه *cannabis sativa* گرفته شده، قسمت فعال آن Δ^9 -tetrahydrocannabinol می باشد. تخمین زده شده بین ۳ تا ۱۵ درصد از زنان حین حاملگی از آن استفاده می کنند. عوارض آن بر روی جنین در پیامدهای مامائی بخوبی روشن نیست (۱۹). اما در برخی مطالعات وزن زیر تولد را در نوزادانی که در حین حاملگی در معرض حشیش قرار گرفته اند، را گزارش نموده اند (۶). از آنجائیکه قابلیت حل شدن آن در چربی زیاد است، بنابراین متابولیتهای آن در استفاده کنندگان، روزها و ماهها پس از قطع آن در ادرار مشاهده می شود (۴).

از آنجائیکه مصرف کنندگان از مواد مخدر از چندین نوع ماده استفاده می کنند، لذا ادرار مثبت از

تعیین و بررسی علل آن مشکل است. بطور کلی قطع ناگهانی این داروها در زنان باردار توصیه نمی شود زیرا سبب مرگ داخل رحمی یا دیسترس جنینی می شود. زنانی که جهت درمان متادون مصرف می کنند، پیامد بارداری بهتری دارند، زیرا در مقایسه با زنانی که تحت درمان نیستند، طول مدت بارداری افزایش یافته و وزن زمان تولد نیز افزایش می یابد (۱۱). باید متذکر شد که با وجود درمان با متادون، مادران معتاد بچه هایی با وزن کم در زمان تولد و اندازه دور سر کوچک تر از حد نرمال بدنیا می آورند.

متادون یک نارکوتیک مخدر است که از لحاظ ساختمانی مشابه پروپوکسی فن می باشد. استفاده عمده طبی آن بعنوان درمان نگهدارنده برای معتادین به هروئین است. در دوزهای بالاتر متادون عامل آناسفالی و نقص سیستم عصبی مرکزی در حیوانات (جوندگان) بوده است. هرچند در مطالعات کوهرت نوزادان متولد شده از مادران معتاد به هروئین که تحت درمان با متادون بودند ناهنجاریهای مادرزادی بیشتر از خط زمینه نبوده است. برعکس علائم قطع دارو مکرراً بیشتر و وزن هنگام تولد کمتر از نوزادانی است که در معرض نبوده اند. در تحقیقات چسنیف و همکاران در سال ۱۹۸۷ مقایسه ای بین ۵۲ زن حامله مصرف کننده کوکائین با ۷۳ زن معتاد به هروئین که تحت درمان با متادون بودند، انجام شد و به این نتیجه رسیدند که زایمان زودرس و لیبر سریع، جدا شدن زودرس جفت و مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم در مصرف کنندگان به کوکائین بالاتر است. سندرم قطع نارکوتیک در ۳۰ تا ۹۰ درصد نوزادان تحت تأثیر هروئین یا متادون در رحم دیده می شود (۱۸). شدت این محرومیت در نوزادان مادرانی که با متادون تحت درمان بوده اند کمتر است، ولی می تواند به همان اندازه مهم باشد. علائم نوزادی شامل گریه بلند، مکیدن ضعیف، هیپرتونیسیتی، ترمور، تحریک پذیری، تعریق، عطسه، استفراغ، اسهال و تشنج می باشد. در مادران هروئینی علائم نوزادی ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از تولد بروز می کند. در مادران تحت

نظر ماری جوانا در غربالگری زنان در معرض خطر مفید می باشد (۹).

۸- کوکائین :

طبق مطالعات انجام شده، حدود ۱۰ میلیون نفر در آمریکا کوکائین مصرف می کنند و حداقل ۵ میلیون بطور مرتب این ماده را مصرف می کنند. آمارها نشان می دهند که ۱۵ درصد زنانی که برای زایمان به بیمارستانهای شهری در آمریکا مراجعه می کنند مدارکی ذال بر مصرف اخیر کوکائین داشته اند. کوکائین به سرعت جذب تمام غشاهای مخاطی می شود. این ماده تولید نوراپی نفرین و دوپامین را مهار می کند. اوفوریا از جمله عوارض سیستم عصبی مرکزی است و آثار محیطی خود را به صورت انقباض عروقی، تاکی کاردیا و بی حسی و کرختی نشان می دهد. استرازه های پلاسما و کبد کوکائین را متابولیزه می نمایند. از آنجا که سیستم کولین استراز در جنین، نارس عمل می کند بنابراین به مقدار زیادی در جنین احتباس می یابند (۷).

اغلب زنان معتاد برای تهیه دارو مجبور به خودفروشی می شوند و این امر آنان را در معرض عفونت به ایدز قرار می دهد. یکی از انواع کوکائین crack نام دارد که در مقابل حرارت مقاوم است و براحتی با کشیدن سیگار در بدن جمع می شود و سبب اوفوریا می گردد و در نهایت افزایش درخواست و مصرف بیشتر را سبب می گردد. پیامدهای مادری در استفاده از کوکائین شامل هیپر تانسیون بدخیم، ایسکمی قلبی، انفارکتوس مغزی و حتی مرگ ناگهانی است. اثرات روی جنین شامل سقط خودبخودی و مرگ داخل رحمی است. بعلاوه زنان حامله مصرف کننده کوکائین در معرض خطر پارگی کیسه آب پیش از زایمان (۲۰٪)، زایمان زودرس (۲۵٪)، محدودیت رشد (۲۵ تا ۳۰٪)، آغشته شدن مایع آمنیوتیک به مکنونوم (۲۹٪)، و جدا شدن زودرس جفت (۶ تا ۸٪) می باشند (۷).

در یک مطالعه نوزادانی که از مادران با اعتیاد متوسط به کوکائین متولد شده اند، ۱۵۴ گرم کمتر از مادران غیر معتاد وزن داشته اند و این در حالی است که در مصرف کنندگان به سایر مواد مخدر این رقم ۱۹۵ گرم بوده است (۲۲). هرچند کوکائین تراتوزن واقعی شناخته نشده است ولی در چندین مطالعه افزایشی در آنومالی های بافته، میکروسفالی، نقایص مربوط به کوتاهی اندامها و مالفورماسیونهای دستگاه ادراری - تناسلی (که می تواند در اثر انقباض عروقی شدید و کاهش جریان خونی رحمی - جفتی باشد)، مشاهده گردیده است (۱۱).

نوزادان این مادران علائمی نظیر لرزش، کج خلقی و عدم توانایی در مکیدن را نشان می دهند. هرچند که آنها نیازی به دارو ندارند ولی شایسته است در محیط آرامی قرار گیرند، بهتر است آنها را قنداق کرده یا در گهواره نگه داشت تا از هر گونه تحریک بدور باشند. بعلاوه مادرانیکه از کوکائین استفاده می کنند مشکلات رفتاری و شناختی، فقدان تعادل شخصیتی، تحریک پذیری بالا و همچنین مشکلاتی در رابطه با فرزندانشان دارند (۸).

مداخلات و حمایت های لازم :

مداخلات و حمایت های روحی و روانی می تواند اعتیاد را کاهش و پیامد بارداری را بهبود بخشد. خوشبختانه بسیاری از زنان که در خلال بارداری مواد مخدر استفاده می کنند معتاد نیستند، این زنان از نظر رفتاری وابسته به مواد بوده و علائم محرومیت از مواد را پس از ترک نشان نمی دهند. اولین قدم در درمان این افراد، آموزش است. مطالعات نشان می دهد که پیامهایی که از طریق پزشکان فرستاده می شود بسیار مؤثرتر از غیر پزشکان است. بسیاری از زنان در صورتی که اطلاعاتی در مورد عملکرد این مواد داشته باشند آن را ترک می کنند یا مصرف آن را کاهش می دهند.

مشاوره های دو نفره و رودررو درباره خطرات مواد مخدر در حاملگی از دادن جزوه مفیدتر است. این مشاوره ها در ویزیت های پره ناتال بایستی آنقدر قوی

این مشاوره ها در جامعه بسیار مفید و ضروری است. برخی جوامع سرویس هایی برای زنان باردار بصورت تخصصی دایر کرده اند، مثل مراقبت از کودک، فرزند خواندگی، توصیه های خانوادگی و آموزشهای شغلی. بسیاری از افراد معتاد، اعتیاد خود را انکار می کنند. پزشکان باید از آگاهی همکاران تیم خود، درباره درمان، دوران نقاهت و پیامدهای بارداری اطمینان حاصل نموده و بصورت حرفه ای و دقیق عمل نمایند (۲۰). حفظ تماس مرتب با تیم سبب تقویت ارتباط بیمار و پزشک شده و بدین وسیله فرد معتاد، توصیه های مربوط به خود یا نوزادش را بدقت رعایت می نماید.

باشد که بتوان پاسخ های مادران را نسبت به اطلاعات کسب شده بررسی نمود. نیاز به اطلاعات درباره مواد مخدر در حین ویزیت دوره ایی، راه را برای بحث و آموزش باز می کند. ترک کردن یا حتی کم کردن مقدار اندکی از مصرف مواد بایستی مورد حمایت قرار گیرد. بیمارانی که قادر به برداشتن اولین قدم نیستند به مراکز درمانی ارجاع داده شوند تا از نظر میزان اعتیاد به مواد ارزیابی شوند. کارورزان یک مرکز بهداشتی باید درباره مرکز ارزیابی سوء استفاده دارویی اطلاعاتی کامل داشته باشند. برخی سرویس ها می توانند میزان مؤثری از مراقبت های باقی مانده را از طریق مشاوره های فردی یا گروهی ارائه دهند. نشان داده شده است که

منابع:

- ۱- افقه . سوسن ، بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد اویپوئیدی در استان مازندران ، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، سال ۶ - شماره ۱۲ - بهار و تابستان ۱۳۷۵ .
- ۲- جان . برنارد و هنری ، شیمی بالینی ، ترجمه سید حسین برزو - سید رضا برزو - انتشارات معاونت پژوهشی سال ۱۳۷۲ .
- ۳- چارلز . شریدان ، روانشناسی تندرستی ، ترجمه ابوتراب قنبری . جلد دوم . انتشارات هدایت . ۱۳۷۴
- ۴- دیویدسون ، تشخیص بالینی و پیگیری بیماریها به کمک روشهای آزمایشگاهی ، ترجمه سید رضا پاکزاد و همکاران ، انتشارات دانش پژوه ، سال ۱۳۷۲ .
- ۵- نصیریان . بیژن ، کاربرد مخدرا در بیهوشی و ترک اعتیاد به کمک بیهوشی ، ۱۳۸۲ . انتشارات پژوه .
- 6- Coningham , **Williams obstetric**. USA. Graw Hill company , 2001. Ch: 38.
- 7- Chasnoff, IJ. Burns, WJ. Et al. "Cocaine use in pregnancy". **N Eng J Med**. 1887. 313(11):666-9.
- 8- Chasnoff, IJ. "Newborn infants with drug withdrawal symptoms". **Pediat Rev**. 1998. 9(9):273-7.
- 9- Fried, PA. "Marijuana use by pregnant woman: neurobehavioral effects in neonates". **Drug Alcohol Depend**. 1980. 6(6): 415-24.
- 10- Fricker Hs, Segal. "Narcotic addiction, pregnancy and the newborn". **Am j dis child**, 1978: 132(4): 360-6.
- 11- Hahnra, Onoratoim. "Prevalence of HIV infection among intravenous users in the united State". **JAMA** 1989: 261(18): 2677-84.
- 12- Jeffry, C . king MD. "substance abuse in pregnancy". **Postgraduate medicine**. volum 102 , N:3, 1997.
- 13- Nichols & Humenick , **Child birth** , sundres , 2002 .
- 14- Petel . Niranjan. "Why do women smoken ?" . **women's Eva** . 1999 , 26(62):118 .
- 15- Pregier, Decherney. **Woman's Health, principles and clinical practice**. London. Decker Inc. 2002. ch(12).
- 16- Plitteri Adele. **Maternal & child Health Nursing**. USA. 2003:458-60.
- 17- Oro AS, Dixon SD. "Perinatal cocaine and methamphetamine exposure". **maternal and neonatal correlates J pediatr** 1987. 111(4): 571-8.
- 18- Ostrea EM, Chavez CJ. "A study of factors that inflence the severity of neonatal narcotic withdrawal". **J pediatr**. 1976: 88(4): 642-5.
- 19- Wilson, Winkelstein, Klin. **Wong's Nursing of infant's and children**. 7th Ed. Mosby. 2003: 406-9.
- 20- Smith, Frances, Maurer. **Community Health nursing**. USA. Sunders. 1995: 566-8.
- 21- www.hsph.Harvard.edu/organizational/health/Sasia/Nutrition/ 5 SUBSTAN.HTM-5K.
- 22- www.post grauated medicine.com. Issue. HTM-41