

فصل هشتم - سندرم پرهیز نوزادی

در این فصل می خوانید:

8-1- مقدمه

8-2- پاتوفیزیولوژی

8-3- تشخیص

8-4- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

8-1- مقدمه

از آنجایی که مواد مخدر به راحتی از سد جفتی-جنینی عبور می‌کنند، مصرف مواد به هر شکل در دوران بارداری منجر به وابستگی جنین می‌شود. به مجموعه علائم فیزیولوژیک و رفتاری مشاهده شده در نوزادانی که پیش از تولد در رحم مادر در تماس با مواد افیونی قرار می‌گیرند «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می‌شود. این مجموعه علائم با افزایش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی و خودکار مشخص می‌شود و به صورت تغییرات دستگاه گوارشی، روده‌ای و تنفسی بازتاب می‌یابد. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از زنان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با نوزادان متولدشده از زنان وابسته به سایر مواد یا الکل شایع‌تر است به طوری که در 95-48 درصد نوزادان مادران وابسته به مواد مخدر دیده می‌شود. شیوع سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده بوپرنورفین 67-42% و در نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده متادون 75-50 درصد است.

با توجه با میزان بالای بروز سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان مادران وابسته به مواد افیونی و دریافت‌کننده درمان-های نگهدارنده آشنایی با نحوه مدیریت درمان این عارضه در مراحل پس از زایمان از اهمیت خاصی برخوردار است.

8-2- پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی بر روی زمان شروع و شدت سندرم پرهیز نوزادی تأثیر می‌گذارد که شامل نوع مواد استفاده شده توسط مادر، آخرین زمان و دوز ماده قبل از زایمان، نوع زایمان، نوع و مقدار بی‌هوشی یا بی‌دردی در طول زایمان، نارسایی نوزاد، سرعت متابولیسم کبد نوزاد و وجود بیماری در نوزاد می‌شوند. به طور کلی علائم محرومیت از متادون دیرتر شروع شده شدیدتر هستند و مدت زمان بیشتری طول می‌کشند، اما علائم محرومیت از پرهیز بوپرنورفین شدت کمتری نسبت به متادون دارند. سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند خفیف و گذرا یا شدید باشد. سیر سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند اوج‌گیرنده 52 یا دو مرحله‌ای 53 باشد. در سیر دومرحله‌ای ابتدا نشانه‌های پرهیز نوزادی بهتر شده، سپس دوباره اوج می‌گیرد. شروع سندرم پرهیز نوزادی ممکن است به علت وجود سایر بیماری-های نوزادی به تأخیر بیفتد. علائم محرومیت می‌تواند در عرض چند دقیقه یا چند ساعت بعد از تولد تا 2 هفته بعد

⁵² incremental

⁵³ biphasic

شروع شود، اما بیش‌تر علائم در عرض 72 ساعت ظاهر می‌شوند. زمان شروع نشانه‌های محرومیت تابعی از نیمه عمر ماده است به این صورت که علائم محرومیت مواد با نیمه عمر طولانی‌تر دیرتر شروع خواهند شد. سندرم پرهیز در نوزادان متولدشده از مادران سوء‌مصرف‌کننده مواد افیونی کوتاه‌اثر مثل هرویین یا کِرَاک در طول 24 ساعت اول و در نوزادان مادران مصرف‌کننده بوپرنورفین در 12-48 ساعت اول بعد از تولد شروع می‌شود. در مقابل علائم پرهیز نوزادی با متادون زودتر از 48 ساعت شروع نمی‌شوند. علائم پرهیز می‌تواند در نوزادان مواجهه‌یافته با بوپرنورفین حتی دیرتر آغاز شود. نوزادان نارس علائم خفیف‌تری دارند که با تأخیر شروع می‌شود.

نکته: شواهد قانع‌کننده‌ای در حمایت از کاهش دوز متادون در بارداری برای اجتناب از سندرم پرهیز نوزداری از وجود ندارد. برعکس، دوزهای بالاتر با بهبود افزایش وزن، کاهش مصرف مواد غیرقانونی و بهبود پایبندی به مراقبت پره‌ناتال در مادر باردار و افزایش وزن تولد و دور سر، بارداری طولانی‌تر و بهبود رشد نوزاد مادر متولد شده از مادر تحت درمان نگهدارنده می‌شود.

8-3- تشخیص

نوزادان دچار سندرم پرهیز ممکن است هر یک از نشانه‌های زیر را داشته باشند: گریه با صدای بلند، بی‌قراری، اختلال در چرخه خواب و بیداری، لرزش، جهش‌های میوکلونیک، تشنج، ناتوانی در شیر خوردن علی‌رغم افزایش رفلکس مکیدن، اسهال، استفراغ، تب، تعریق، افزایش دفعات تنفس در دقیقه، خمیازه‌های مکرر و آینه.

نکته: نوزادان مادران سوء‌مصرف‌کننده علاوه بر علائم فوق ممکن است دچار تأخیر رشد داخل رحمی و وزن پایین هنگام تولد نیز باشند.

آزمایش ادرار از نظر مواد در تمام نوزادان به طور معمول اندیکاسیون ندارد. آزمایش ادرار و/یا مکونیوم از نظر مواد باید در مواردی در نظر گرفته شود که یافتن مواد مصرف‌شده توسط مادر اهمیت تشخیصی دارد، خصوصاً در مواردی که ارتباط درمانی مناسبی با مادر ایجاد نشده است. آزمایش ادرار نوزاد نشان‌دهنده مواجهه داخل رحمی با مواد در چند روز قبل و آزمایش مکونیوم نشان‌دهنده مواجهه در عرض چند ماه قبل است. احتمال منفی کاذب در آزمایش ادرار با توجه به دشواری گرفتن نمونه ادرار از نوزاد در روز اول و کلیرانس سریع برخی مواد بالاست. نتایج آزمایش مکونیوم معمولاً چند روز طول می‌کشد آماده شود و همچنین به طور معمول در آزمایشگاه‌های طبی بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود. در مواردی که تصمیم بر انجام آزمایش ادرار یا مکونیوم قرار می‌گیرد، باید انجام آزمایش برای مادر توضیح داده شده و از او رضایت آگاهانه گرفته شود.

نکته: ارزش یک شرح حال دقیق در تشخیص سندرم پرهیز نوزادی از غربالگری نوزادان با آزمایش ادرار یا مکنونیوم بیشتر است.

تشخیص افتراقی سندرم پرهیز نوزادی شامل سپیس، هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، هیپومنیزیمی، هیپرتیروئیدیسم، آسفیکسی نوزادی و خون ریزی داخل جمجمه‌ای می‌شود. ارزیابی و تصمیم‌گیری برای درمان در نوزاد با استفاده با یک سیستم نمره‌دهی استاندارد (پیوست 5) بر اساس سیستم طراحی شده توسط فینگان (پیوست 6) انجام می‌شود.

8-4- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

نوزادان تمام مادرانی که مواد افیونی را به صورت طولانی‌مدت مصرف می‌کنند باید از نظر سندرم پرهیز نوزادی پایش شوند. سندرم پرهیز نوزادی ممکن است حتی اگر مادر متادون را یک ماه قبل از زمان زایمان (اما نه زودتر) قطع کرده باشد دیده شود، بنابراین اخذ یک شرح حال دقیق مصرف مواد افیونی اهمیت دارد. از طرف دیگر، نوزادان زنان دریافت کننده یک یا چند دوز مواد افیونی برای مثال در هنگام تولد را نباید در معرض خطر پرهیز در نظر گرفت.

همان گونه که پیشتر گفته شد، بیماری‌های مختلفی مثل هیپوگلیسمی⁵⁴، هیپوکلسمی⁵⁵، سپیس⁵⁶ و بیماری‌های نورولوژیک ممکن است سندرم پرهیز نوزادی را تقلید نمایند. برای رد این بیماری‌ها، باید نوزادان مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی از نظر شمارش کامل خون، الکترولیت‌ها، کلسیم و قند خون بررسی شوند و در صورت لزوم مشاوره نورولوژیک و سونوگرافی سر انجام گردد.

نمره پرهیز نوزادی

برای ارزیابی شدت سندرم پرهیز و پایش نوزادان مواجه یافته با موادمخدر از نظر شروع، پیشرفت و تخفیف علائم باید از یک سیستم نمره‌دهی شدت محرومیت بهره گرفت. نمره پرهیز نوزادی⁵⁷ فینگان (پیوست 6) و برخی ابزارهای ارزیابی اقباس شده از آن (پیوست 5) وسیعاً برای تخمین شدت سندرم پرهیز نوزادی، نیاز به درمان دارویی و پایش پاسخ بهینه به درمان استفاده می‌شوند.

⁵⁴ hypoglycemia

⁵⁵ hypocalcemia

⁵⁶ sepsis

- کلیه کودکان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد مخدر علاوه بر مراقبت معمول بعد از تولد، باید با استفاده از مقیاس فینگان اصلاح‌شده (پیوست 5) مورد ارزیابی قرار گیرند. این ارزیابی باید 2 ساعت بعد از تولد و پس از آن به طور منظم هر 3-4 ساعت انجام شود. تا زمانی که مادر و نوزاد بستری هستند (حداقل 5 روز) ارزیابی را ادامه دهید. نوزاد را برای ارزیابی بیدار نکنید مگر بیشتر از 6 ساعت از آخرین ارزیابی گذشته باشد.
- ارزیابی را قبل از شیر خوردن یا تغذیه انجام دهید.
- مقیاس فینگان اصلاح‌شده معمولاً هر 4 ساعت قبل از شیردهی اندازه‌گیری می‌شود. امتیاز کمتر از 9 به معنی تغذیه، وزن‌گیری و دوره‌های خواب مناسب است.
- در صورت نمره کمتر از 9 نمره دهی را در بخش نوزادان ادامه دهید.
- نمره دهی سندرم پرهیز نوزادی باید هر زمان که ممکن است در اتاق مادر انجام شود.
- در صورت نمره 9 یا بیشتر نوزاد را تغذیه کنید و هر 1 ساعت نمره آن را اندازه‌گیری کنید، اگر باز هم نمره نوزاد 9 یا بیشتر بود پرستار باید متخصص کودکان یا فوق‌تخصص نوزادان را جهت ارزیابی بیشتر و انتقال به آی‌سی‌یو نوزادان مطلع گرداند.
- درمان اولیه از تأمین محیط حمایتی (کاهش تحریک جسمی، تغییر وضعیت دادن نوزاد، تماس پوست با پوست، فنداق کردن و پستانک) تشکیل شده است.
- اگر در 2 ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه 9 یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت درمان دارویی را در نظر بگیرد.
- مراقبت‌های حمایتی شامل محیط حمایتی (کاهش تحریک جسمی، اجرای تغییر در وضعیت، تماس پوست به پوست، فنداق و پستانک) را ادامه دهید.

احیای نوزاد

اگر تاریخچه مصرف مستمر مواد افیونی در طول بارداری وجود داشته باشد، استفاده از داروهای آنتاگونیست مثل نالوکسان در دوره نوزادی از جمله برای احیا ممنوع است. استفاده از آن می‌تواند شروع سریع و شدید علائم پرهیز

و تشنج را القا کند. در صورت سرکوب تنفسی در نوزاد مادر وابسته به مواد افیونی، روش‌های معمول احیاء از شامل باز نگهداشتن راه هوایی و تهویه مکانیکی در صورت نیاز باید انجام شود.

جایگاه مراقبت

در مورد این که نوزاد باید در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان درمان شود یا در بخش بعد از زایمان در کنار مادر مراقبت شود باید تصمیم‌گیری شود. بعنوان یک اصل، باید از جدا کردن غیرضروری نوزاد از مادر اجتناب شود. گر چه در صورت شدید بودن سندرم پرهیز نوزادی پذیرش بخش مراقبت‌های ویژه نوزادی اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. تعیین جایگاه مراقبت به تسهیلات مراقبت در دسترس، وضعیت نوزاد و توانایی مادر برای مراقبت از نوزاد بستگی دارد.

نکته: در صورت امکان انتخاب اول نگه داشتن نوزاد با مادر است.

اقدامات حمایتی و درمان‌های غیردارویی

تقریباً 50-70 درصد نوزادان متولد شده از زنان مصرف کننده مواد افیونی به دلیل بروز سندرم پرهیز نوزادی نیاز به درمان پیدا می‌کنند.

درمان غیردارویی، درمان خط اول برای تمام کودکان متولد شده از زنان وابسته به مواد افیونی است. این درمان شامل مداخلات مراقبت حمایتی مثل یک محیط آرام، شیردهی مکرر، استفاده از پستانک، از نزدیک در آغوش گرفتن، خوب پوشاندن، تغذیه مکرر با حجم کم و تماس پوستی نزدیک می‌شود. نوادانی که در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی هستند باید در بیمارستان برای حداقل 3 روز باقی بمانند. این کار یک زمان حداقلی برای پایش نشانه‌های سندرم نوزادی، ارزیابی مهارت‌های فرزندپروری بیمار، ارزیابی کفایت تغذیه نوزاد و کنترل از نظر کاهش وزن بیش از حد فراهم می‌کند. پایش دقیق وزن نوزاد در طول این دوره ضروری است زیرا اختلالات تغذیه شایع هستند. در صورتی که دریافت کالری با شیردهی به تنهایی ناکافی باشد، باید استفاده کمکی از شیر خشک تا زمان برقراری دریافت کالری کافی در نظر گرفته شود.

نکته: شیردهی نقش مهمی در مدیریت رمان نوزاد متولد شده از زنان وابسته به مواد مخدر است. تغذیه با شیر مادر شدت علائم محرومیت، احتمال شروع تأخیری علائم و نیاز به درمان دارویی را کاهش می‌دهد.

مادران نوزادان در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی باید اطلاعات کافی و متناسب درباره شیردهی، حمایت برای فرزندپروری و ارزیابی دریافت کنند و باید به آنها تکنیک‌های آرام کردن آموزش داده شود. زنان و والدین و/یا افراد حمایت‌کننده آنها همچنین باید درباره بهداشت خواب خصوصاً وقتی داروهای آرام‌بخش مثل متادون دریافت می‌کنند آموزش ببینند.

مادران باردار باید بعد از زایمان به تداوم درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (متادون یا بوپرنورفین) تشویق شوند. همچنین در صورتی که مادر منع شیردهی نداشته باشد (فصل قبل را ببینید) باید به ادامه شیردهی تشویق شود.

نکته: اگر مادر اصرار به ترخیص زودرس نوزاد در معرض خطر داشت، نوزاد باید توسط فوق‌تخصص نوزادان بررسی شده و والدین نیز برگه رضایتنامه را امضا نمایند.

درمان دارویی

علی‌رغم اهمیت درمان‌های غیردارویی برای مدیریت سندرم پرهیز نوزادی، درمان با مراقبت حمایتی و مورفین از درمان مراقبتی به تنهایی مؤثرتر است و به صورت معنی‌داری زمان بازیابی وزن تولد و طول مدت مراقبت حمایتی را کاهش می‌دهد. بر اساس مطالعات انجام شده 91-30 درصد نوزادانی که نشانه‌های سندرم پرهیز را از خود نشان می‌دهند به درمان دارویی نیاز پیدا می‌کنند.

در متون مختلف چند ملاک برای شروع درمان دارویی در سندرم پرهیز نوزادی آورده شده است، که دو مورد از معتبرترین آنها به شرح زیر است:

اگر در 2 ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه در مقیاس پرهیز نوزادی اصلاح شده (پیوست 5) 9 یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت درمان دارویی را در نظر بگیرد.

اگر نوزاد بر اساس سیستم نمره‌دهی فینگان (پیوست 6) 3 امتیاز با میانگین 8 یا بیشتر به طور متوالی و یا 2 امتیاز با میانگین 12 یا بیشتر به طور متوالی داشته باشد، باید تحت درمان دارویی سندرم پرهیز قرار گیرد.

بیانیه کمیته سیاست‌گذاری داروهای آکادمی طب کودکان آمریکا درباره درمان دارویی سندرم پرهیز در نوزادی، داروهای متعددی را توصیه می‌کند که شامل مورفین، آپیوم تینکچر، پاره‌گوریک، متادون و فنوباربیتال می‌شود. در جدول 1-7 پروتکل دوز محلول مورفین و فنوباربیتال در درمان سندرم پرهیز نوزادی آورده شده است.

استفاده از داروهای آگونیست در سندرم پرهیز نوزادی

اثر بخشی و ایمنی درمان با آپوییدها در نوزادان تازه متولد شده در یک مقاله مروری کوکرین⁵⁸ بررسی شد و نتیجه این بود که آپوییدها درمان اولیه ارجح برای سندرم پرهیز نوزادی خصوصاً برای نوزادان مادران مصرف کننده آپوییدها در دوران بارداری هستند. اگر نوزادان دارای سندرم پرهیز نوزادی مرتبط با مواد افیونی با داروهای آپوییدی درمان شوند، احتمال کمتری وجود دارد که دچار تشنج شوند. همچنین احتمال کمتری وجود دارد که نیاز به درمان با یک عامل دارویی ثانویه پیدا کنند و ممکن است طول مدت درمان کمتر داشته باشند. مورفین خوراکی داروی آگونیست انتخابی است.

نکته: آگونیست‌های آپوییدی فقط زمانی باید استفاده شوند که اطمینان داشته باشیم سندرم پرهیز نوزادی ناشی از ترک مواد افیونی است.

جدول 1-8- پروتکل‌های دوز درمان‌های دارویی سندرم پرهیز نوزادی

درمان	ترکیب	دوز	رژیم کاهش دوز
مورفین	شربت مورفین هیدروکلراید 0/05%؛ 1	0/1-0/05 میلی گرم/کیلوگرم در هر	توصیه معمول کاهش روزانه 10% دوز و قطع دارو پس از تثبیت وضعیت نوزاد است. در برخی منابع ذکر شده نیاز به کاهش دوز نیست: 24 ساعت بعد از آن که نمره فینگان به 8 یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به 9 یا کمتر رسید قطع کنید.
هیدروکلراید	میلی لیتر = 0/5 میلی گرم. آماده سازی: 1 میلی لیتر محلول خوراکی (5 میلی - گرم/میلی لیتر) با شربت سیمپلکس 10% تا 10 میلی لیتر رقیق شود	دوز خوراکی تا حداکثر 2 میلی - گرم/کیلوگرم در روز	
محلول	0/1 میلی لیتر = 1 میلی گرم؛ آماده سازی:	5-10 میلی گرم/کیلوگرم در روز؛	به خاطر نیمه عمر طولانی، کاهش آرام و
فنوباریتال	ناتریوم فنیل اتیل باریتوریکوم 0/22 59 گرم، مواد نگهدارنده 0/3 60 میلی لیتر با آب مقطر 61 به 20 میلی لیتر رسانده شود.	سطوح پلاسمایی باید در دامنه طبیعی از 50-170 میکرومول/لیتر باشد.	سپس قطع ناگهانی 24 ساعت بعد از آن که نمره فینگان نوزاد به 8 یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به 9 یا کمتر برسد

⁵⁸ Cochrane

⁵⁹ natrium phenylethylbarbituricum

⁶⁰ preservatives

⁶¹ aqua purificata

در منابع مختلف پروتکل‌های مختلفی برای تجویز مورفین سولفات در درمان سندرم پرهیز نوزادی پیشنهاد شده است. دو مورد از رایج‌ترین پروتکل‌ها برای تعیین دوز شروع به شرح زیر است:

پروتکل یک

- درمان با مورفین را با توجه به بیشترین نمره اندازه‌گیری شده در مقیاس فینگان اصلاح شده (پیوست 5) به شرح زیر آغاز کنید:

نمره	دوز اولیه مورفین سولفات
9-12	0/04 میلی گرم
13-16	0/08 میلی گرم
17-20	0/12 میلی گرم
21-24	0/16 میلی گرم
بیشتر از 24	0/20 میلی گرم

- اگر علائم نوزاد با پروتکل بالا کنترل نشد (برای مثال به محلول مورفین سولفات با دوز بیش از 0/2 میلی-گرم هر 3 ساعت نیاز داشت) یا اگر نوزاد خواب آلوده بود و به سختی بیدار می‌شد بلافاصله پزشک درمان-گر را مطلع گردد.
- دوز شروع مورفین را هر 3-4 ساعت با تغذیه تکرار کنید.
- در صورت نمره 9 یا بیشتر دوز را به شرح زیر افزایش دهید:

نمره	دوز جدید مورفین سولفات
9-12	دوز قبلی + 0/02 میلی گرم
13-16	دوز قبلی + 0/04 میلی گرم
17-20	دوز قبلی + 0/06 میلی گرم
21-24	دوز قبلی + 0/08 میلی گرم
>24	دوز قبلی + 0/1 میلی گرم

- اگر نمره پرهیز به مدت بیش از 48 ساعت به زیر 9 کاهش یابد، هر 24 ساعت 10% دوز دارو را کاهش داده تا قطع شود.
- 24 ساعت پس از قطع مورفین و در صورت نمره پرهیز زیر 9 نوزاد را می توان ترخیص نمود.
- در حین درمان حداکثر هر 4 ساعت ارزیابی از نظر پرهیز نوزادی باید انجام شود.
- توجه داشته باشید برای هر نمره ای بین 9 و 12 قبل از انجام هر اقدامی تکرار ارزیابی بعد از شیردهی را در نظر بگیرید.

پروتکل دو

- از ابزار غربالگری فینگان (پیوست 6) برای نمره دهی شدت سندرم پرهیز نوزادی استفاده کنید.
- زمانی که نمره نوزاد در سه ارزیابی متوالی 8 یا بیشتر باشد، یا اگر نمره کل سه ارزیابی متوالی مساوی یا بیشتر از 24 باشد درمان دارویی باید شروع شود.
- پایش بهبودی باید با استفاده از نمرات ابزار غربالگری انجام گیرد.

- درمان با محلول مورفین ممکن است باعث سرکوب تنفسی در نوزاد شده و باید با احتیاط به کار گرفته شود.

نمره	دوز
8-10	0/5 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت
11-13	0/7 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت
+14	0/9 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت

- زمانی که علائم محرومیت کنترل شد یعنی در سه ارزیابی متوالی نمره نوزاد زیر 8 بود اقدامات زیر باید انجام پذیرد. لطفاً توجه کنید که تمام دوزها برای کل دروه درمان محرومیت بر اساس وزن تولد محاسبه می‌شوند نه وزن فعلی نوزاد.
 - پس از کنترل علائم محرومیت درمان را برای 72 ساعت ادامه دهید.
 - فرآیند بازگیری را با کاهش دوز کلی 10% روزانه شروع کنید.
 - زمانی که دوز دارو به 0/2 میلی گرم / کیلوگرم / روز رسید می‌توانید رژیم دوز را از هر 4 ساعت به هر 6 ساعت با همان دوز به مدت 72 ساعت تغییر داده و سپس مورفین را قطع کنید.
 - پس از قطع مورفین ارزیابی از نظر سندرم پرهیز نوزادی برای 3 روز دیگر باید ادامه پیدا کند.
- اگر نمرات پرهیز نوزادی بالا بماند، اما دوز روزانه به حداکثر برسد، نشانه‌های پرهیز را مجدداً ارزیابی نموده و درمان هم‌زمان با فنوباربیتال را در نظر بگیرد.

استفاده از فنو باربیتال در سندرم پرهیز نوزادی

کارآیی مقایسه‌ای فنوباربیتال با داروهای اُپیویدی مثل مورفین در درمان سندرم پرهیز نوزادی ارزیابی نشده است. اگر مصرف هم‌زمان سایر مواد خصوصاً بنزودیازپین‌ها در بارداری وجود داشته باشد و علائم سندرم پرهیز

نوزادی به اندازه کافی توسط یک داروی آپیوئیدی به تنهایی سرکوب نشود، فنوباریتال ممکن است بعنوان یک درمان افزوده شده اندیکاسیون داشته باشد.

معلوم نیست آیا باید یک دوز بارگیری فنوباریتال استفاده شود یا خیر. اگر فنوباریتال بعنوان درمان اولیه (نه به صورت درمان افزوده شده به داروی آگونست) استفاده می‌شود، احتمالاً یک دوز بارگیری به حصول سریع‌تر کنترل علائم کمک خواهد کرد. فنوباریتول باید با دوز 5 میلی‌گرم/کیلوگرم/روز در دو دوز منقسم شروع شود. دوز دارو باید برای حصول کنترل سندرم پرهیز نوزادی براساس امتیازهای فینگان تیترا شود.

تداوم شیردهی در حین درمان سندرم پرهیز نوزادی

در صورتی که مادر باردار روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین است و نوزاد در حال دریافت داروی آپیوئیدی برای درمان سندرم پرهیز نوزادی است تداوم مصرف بوپرنورفین بلامانع است اما از تجویز محصول ترکیبی بوپرنورفین + نالوکسان باید اجتناب شود.