



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بیماری‌های زنان (۱)

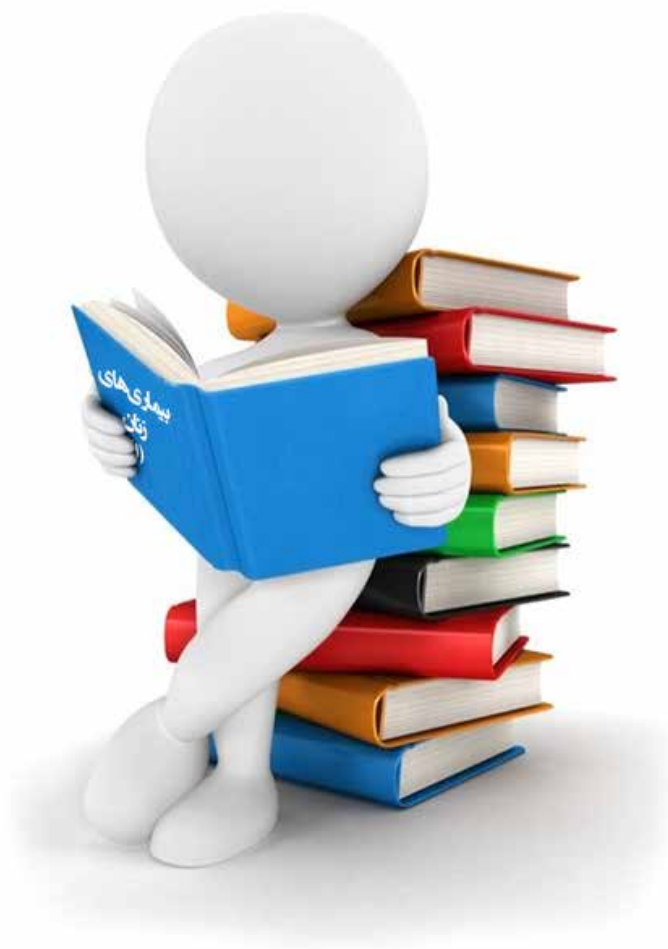
از سری کتاب‌های

Effortless Medicine

تألیف:

دکتر پری خدام





فصل اول

مراقبت‌های پیشی از زایمان

فصل اول

مراقبت‌های پیش از زایمان

مراقبت‌های قبل از بارداری

مراقبت‌های قبل از بارداری، یک برنامه‌ی هدفدار، برای بانوانی است که در آینده‌ای نه چندان دور، قصد باردار شدن دارند.



در این ویزیت، موارد زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- شرح حال دقیق
- ارزیابی ریسک فاکتورهای بارداری و در صورت امکان حذف آن‌ها
- تعیین وضعیت ایمنی مادر و غربالگری بیماری‌های اندمیک
- بررسی تماس‌های شغلی یا خانگی پرخطر
- انجام Ph/E دقیق (با تأکید بر معاینه‌ی دقیق دهان و دندان، تیروئید، پوست «به منظور R/O مفسور ملانوم»، برست و لگن)
- بررسی بیماری‌های مقاربتی و در صورت نیاز، درمان آن‌ها
- +
- تجویز اسید فولیک
- انجام ماموگرافی در بانوان با سن ۳۵ و بیشتر

- انجام پاپ اسمیر، در صورتی که در یک سال گذشته انجام نشده باشد.
- انجام واکسیناسیون‌های لازم
- تصمیم‌گیری برای قطع روش‌های جلوگیری از بارداری

اما در ادامه به بررسی دقیق‌تر اقدامات لازم در ویزیت‌های پره‌ناتال می‌پردازیم.

ارزیابی خطر

به طور کلی ریسک فاکتورهای دوران بارداری در ۲ گروه عمده مورد بررسی قرار می‌گیرند:

۱. ریسک فاکتورهای غیرقابل تغییر؛ این ریسک فاکتورها از قبل وجود داشته و با انجام مداخلات بالینی قادر به تغییر آن‌ها نخواهیم بود. از جمله‌ی این ریسک فاکتورها می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:
قد و سن بیمار، سابقه‌ی باروری یا ناباروری، نژاد، سطح تحصیلی، وضعیت اقتصادی اجتماعی بیمار، ترکیب و ساختار ژنتیکی و تا حدی BMI بیمار
۲. ریسک فاکتورهای قابل اصلاح؛ یعنی شرایطی که قبل از حاملگی، می‌توان در جهت تغییر آن‌ها تلاش کرد. از جمله‌ی این ریسک فاکتورها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- مسائل تغذیه‌ای بیمار؛ مسائل تغذیه‌ای بیمار، یکی از مسائل مهم در ویزیت‌های پره‌ناتال می‌باشند، چراکه فردی که مشکل تغذیه‌ای دارد، حالا بیاید و بارور شود! خُب مسلماً مشکلات تهوع، استفراغ و سایر مشکلات گوارشی (نظیر اثر فشاری رحم بر معده) نیز بر این مشکلات اضافه می‌شود، حالا بیا و درست کن!
- بیماری‌های طبی مادر؛ همچون: دیابت ملیتوس، آسم، صرع، فنیل کتونوری، هایپر تنشن و همین‌طور بیماری‌های تیروئید (به عنوان مثال، بیماری که هایپر تنشن دارد، هم باید فشارش کنترل شود، هم داروهای ضد فشارش)
- کنترل داروهای مصرفی بیمار؛ از مهم‌ترین داروهای تراژون در دوران بارداری می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- مصرف High دوز ویتامین‌های محلول در چربی همچون ویتامین A
- ایزوترتینوئین (اکوتان)
- وارفارین (کومارین)
- برخی از داروهای ضد تشنج
- داروهای گروه ACEI

توجه: خوشبختانه داروهای ضد آسم و اکثر آنتی‌هیستامین‌ها در دوران بارداری کاملاً Safe می‌باشند و بدون هیچ‌گونه نگرانی می‌توانیم به فکر تجویز آن‌ها باشیم.

نکته: در ارتباط با مصرف داروهای آنتی‌دپرسانت در دوران بارداری، بایستی وضعیت بیمار خود را مورد بررسی قرار دهیم و سپس بر اساس ارزیابی نسبت خطر به منفعت این داروها در بیمار تصمیم‌گیری کنیم.

تعیین وضعیت ایمنی بیمار

در ویزیت پیش از بارداری، بایستی وضعیت ایمنی بیمار نسبت به بیماری‌های زیر سنجیده شود:

- سرخجه
- آبله مرغان
- هپاتیت B

برای به خاطر سپاری موارد فوق، لطفاً از عبارت یادیار زیر استفاده کنید.



این هم نمونه‌ای از سرخ آبی‌های هیپی!

توجه: در صورت عدم ایمنی در برابر هر یک از بیماری‌های فوق بایستی واکسن مربوطه تجویز شود. (در همان ویزیت‌های پیش از بارداری)

پچه‌ها مواظب باشین: واکسن‌های MMR^۱ (سرفک، سرفقه و اورپون) و واریسلا زوستر (آبله مرغان)، واکسن‌های ویروسی زنده با شدت تخفیف یافته می‌باشند، بنابراین بین تجویز این واکسن‌ها و بارداری حداقل بایستی ۱ ماه فاصله باشد. (البته برقی منابع، معتقدند که بهتر است بین واکسیناسیون واریسلا و بارداری حداقل ۳ ماه فاصله باشد)

۱. Measles, Mumps, And Rubella



واکسن MMR

نکته: تجویز واکسن آنفلونزا هم تقریباً به تمامی بانوان باردار پیشنهاد می‌شود.

غربالگری بیماری‌های اندمیک

در مناطق اندمیک سل یا جمعیت‌های پرخطر (در صورتی که بیمار، واکسن BCG دریافت نکرده باشد)، انجام CXR و PPD ضروری می‌باشد.

تماس‌های شغلی یا خانگی پرخطر

در مراقبت‌های قبل از بارداری، لطفاً حتماً به مسائل زیر نیز توجه ویژه‌ای داشته باشید:

- تماس با سمومی همچون سرب، جیوه، فلزات سنگین، حلال‌های آلی و...
- مواجهه خانگی با توکسوپلاسموز، مواد شیمیایی سمی همچون آزبست و حشره‌کش‌ها

توجه: در مواردی که بانوی مورد نظر! از آب چاه استفاده می‌نماید، لطفاً حتماً اسیدیته، سرب و مس آب چاه را اندازه‌گیری بفرمایید.

بررسی عادات پرخطر احتمالی

الکل یکی از معروف‌ترین تراتوژن‌های موجود می‌باشد، که مصرف آن در دوران بارداری به علت خطر بروز Fetal Alcohol Syn ممنوع می‌باشد.

توجه: کشیدن سیگار در دوران بارداری ممکن است با عوارض زیر همراهی داشته باشد: (اهتملاً به دلیل حضور عوامل وازوکانسریکتور در سیگار «افتلال در فونرسانی و القاء هایپوکسی در جنین»)

• Low Birth weight و IUGR

• Ectopic Pregnancy

• پره‌ترم لیبر

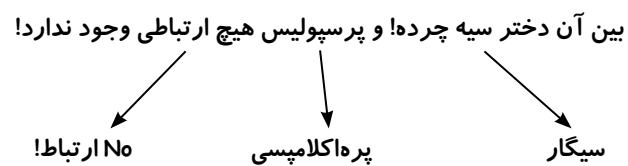
• افزایش مرگ و میر پره‌ناتال و...

بنابراین در ارتباط با کشیدن سیگار، در دوران بارداری نیز به بیماران خود هشدار دهید.



پهچه‌ها مواظب باشین: بین استعمال سیگار و بروز پره‌اکلامپسی در دوران بارداری هیچ ارتباط شناخته شده‌ای وجود ندارد.

عبارت یادیار



نکته: در مواردی که بیمار شما نمی‌تواند به راحتی مصرف سیگار را کنار بگذارد، بهتر است وی را تشویق به مصرف چسب‌های پوستی نیکوتین‌دار نمایید؛ چراکه با مصرف چسب‌های پوستی فوق، بیمار از خطر تماس با سموم خطرناکی همچون مونو اکسید کربن، که همراه با دود سیگار استنشاق می‌شود، در امان خواهد بود.

انجام Ph/E دقیق

از مهم‌ترین معاینات واجب در جریان ویزیت پیش از بارداری، می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

۱. معاینه‌ی دقیق دهان و دندان؛ این معاینات در جریان ویزیت پیش از بارداری بسیار حائز اهمیت می‌باشند، چراکه بیماری‌های دهان و دندان، می‌توانند با خطر قابل توجه پره‌ترم لیبر همراهی داشته باشند.

نکته: بیماری‌های دهان و دندان را می‌توان در هر زمانی از دوره بارداری مورد درمان قرار داد، اما خوبست بدانیم که بهترین زمان توصیه شده، برای انجام این درمان‌ها، قبل از باردار شدن فرد می‌باشد.

۲. معاینه‌ی دقیق تیروئید و R/O بیماری‌های تیروئید در موارد مشکوک (با اندازه‌گیری T4 و TSH)

۳. معاینه‌ی دقیق برست و در صورت لزوم تهیه‌ی ماموگرافی

توجه:

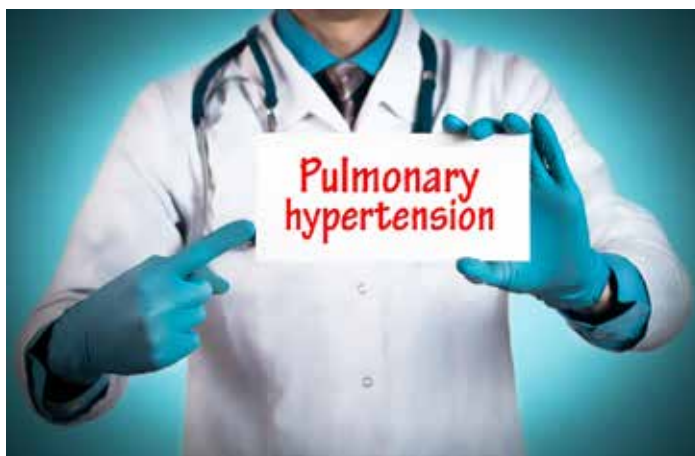
- در مادرانی که دارای سن ۳۵ سال یا بالاتر می‌باشند، انجام ماموگرافی به منظور غربالگری ضایعات برست الزامی می‌باشد، چراکه با باردار شدن مادر، حداقل به مدت ۲/۵ سال، این فرصت از مادر گرفته می‌شود (علت: حساسیت ماموگراف، در طول بارداری و تا ۶ ماه بعد از شیردهی، به میزان قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند)
- در مواردی که بیمار دارای سابقه‌ی خانوادگی ابتلاء به کانسر در خانواده (به ویژه در سنین قبل از منوپوز) می‌باشد، بهتر است این غربالگری‌ها در سنین پایین‌تر انجام شود.

۴. معاینه‌ی دقیق پوست بیمار و R/O حضور ملانوم در بیمار

۵. انجام معاینه‌ی دقیق لگنی و اعمال مداخلات لازم در صورت نیاز

توجه: در صورتی که ظرف یک سال گذشته، پاپ اسمیر انجام نگرفته باشد، تهیه‌ی پاپ اسمیر ضروری خواهد بود.

نکته: در صورت رؤیت شواهد Pulmonary هایپر تنشن و سندرم آیزن منگر، به شدت بیماران خود را از باردار شدن منع نمایید، چراکه موارد فوق، با خطر بسیار شدید مرگ مادر و حتی جنین (در حدود ۵۰-۴۰٪ موارد) همراهی دارند.



شواهد Pulmonary هایپر تنشن و آیزن منگر = کتتر اندیکاسیون مطلق بارداری

تجویز اسید فولیک



همان‌طور که می‌دانیم، با تجویز اسید فولیک، می‌توان از بروز و تکرار مجدد نقایص لوله‌ی عصبی جلوگیری نمود؛ از این‌رو، در تمامی بانوان موجود در سنین باروری، که تمایل به بارداری دارند، تجویز ۱mg اسید فولیک (به صورت Per day) ضروری می‌باشد. (بچه‌ها مواظب باشند؛ اغلب مولتی‌ویتامین‌های پره‌ناتال، حاوی ۰/۸mg - ۰/۴ اسید فولیک می‌باشند؛ بنابراین لطفاً هتماً به این موضوع توجه کنید و دوز فولیک اسید دریافتی بیمار خود را تنظیم نمایید)

توجه: در مواجهه با مادرانی با تجربه‌ی یک بارداری همراه با Neural Tube Defect (همپون آتانسفالی، منگوسل، منگومیلوسل و...) موظف به تجویز ۴ میلی گرم اسید فولیک می‌باشیم. (از کی؟ از ۴ هفته قبل از بارداری «به عبارتی یک ماه قبل از بارداری» تا پایان سه ماهه‌ی اول بارداری. معمولاً به مدت ۳ ماه)



تجربمی NTD و لزوم تجویز اسید فولیک با دوز بالاتر

تصمیم‌گیری برای قطع روش‌های جلوگیری از بارداری

در ارتباط با قطع روش‌های جلوگیری از بارداری، حتماً نکات زیر را به بیماران خود گوشزد بنمایید:

- مصرف OCP را می‌توان در هر زمانی متوقف نمود؛ اما با این حال گفته می‌شود، در صورت قطع OCP در یک تا دو چرخه‌ی قاعدگی قبل از بارداری، می‌توان امکان رشد بهتر اندومتر و همین‌طور لانه‌گزینی بهتر جنین را فراهم نمود.
- IUD را نیز بایستی در اولین فرصت، پس از تصمیم به حاملگی خارج نمود؛ چراکه خارج نمودن IUD در دوران بارداری، با خطر بالای از دست رفتن محصولات حاملگی همراه می‌باشد.
- به بیمارانی که از روش‌های پروژسترونی (مانند DMPA)^۱ به منظور جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند، هشدار دهید! چراکه ممکن است با چند ماه تأخیر، شاهد بازگشت سیکل‌های همراه با Ovulation خود باشند.

پیشتر بدانیم: در شرایط ایده‌آل، مراقبت بانوان مبتلا به دیابت تیپ I یا II، باید قبل از بارداری آغاز شود؛ از مهم‌ترین اقدامات لازم در این ویزیت (برای این دسته از بیماران) می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- اندازه‌گیری کلیرانس پایه و میزان دفع پروتئین (به منظور ارزیابی کارکرد کلیه‌ها)
- انجام ECG + مشاوره افتالمولوژی (برای بررسی تغییرات عروقی قلب و چشم)
- کنترل قندخون مادر

بررسی اولین ویزیت پره‌ناتال (یعنی وقتی فرد، باردار شده است!)

در اولین ویزیت پره‌ناتال، موظف به انجام نخستین ارزیابی کامل از مادر باردار می‌باشیم؛ زمان مطلوب برای انجام این ویزیت، کاملاً متغیر می‌باشد! به‌طوری که گفته می‌شود، در مادرانی که، قبلاً از مراقبت‌های قبل از بارداری، هیچ‌گونه استفاده‌ای نکرده‌اند، به محض پی بردن به بارداری، موظف به انجام اولین ویزیت می‌باشیم، اما در سایر بانوان، بهتر است، اولین ویزیت پره‌ناتال، در هفته‌ی هشتم حاملگی (یعنی

۱. Depo Medroxyprogesterone Acetate

شش هفته پس از لقاح) انجام بگیرد.

از مهم‌ترین وظایف پزشک در این ویزیت می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

تأیید حاملگی

اولین وظیفه‌ی پزشک، در اولین ویزیت پره‌ناتال تأیید حاملگی می‌باشد، بدین منظور از گزینه‌های مختلفی می‌توان استفاده نمود که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌نماییم:



- اندازه‌گیری گنادوتروپین کوریونی انسانی (hCG) در اولین ادرار صبحگاهی؛ در صورت گزارش hCG بیش از ۳۵mIU در اولین ادرار صبحگاهی، با اطمینان می‌توانیم وجود بارداری در بیمار خود را مورد تأیید قرار دهیم.
- اندازه‌گیری β -hCG سرم
- بررسی وضعیت قلب جنین توسط سمع یا سونوگرافی

نکته: با استفاده از سونوگرافی ترنس واژینال، می‌توان، تنها سه هفته پس از لقاح، فعالیت قلب جنین را مورد بررسی قرار داد؛ در ضمن با کمک همین روش، می‌توان، خیلی زود! (یعنی زمانی که β -hCG سرم به حدود ۱۵۰۰ IU رسیده است) به بررسی ساک حاملگی هم پرداخت.

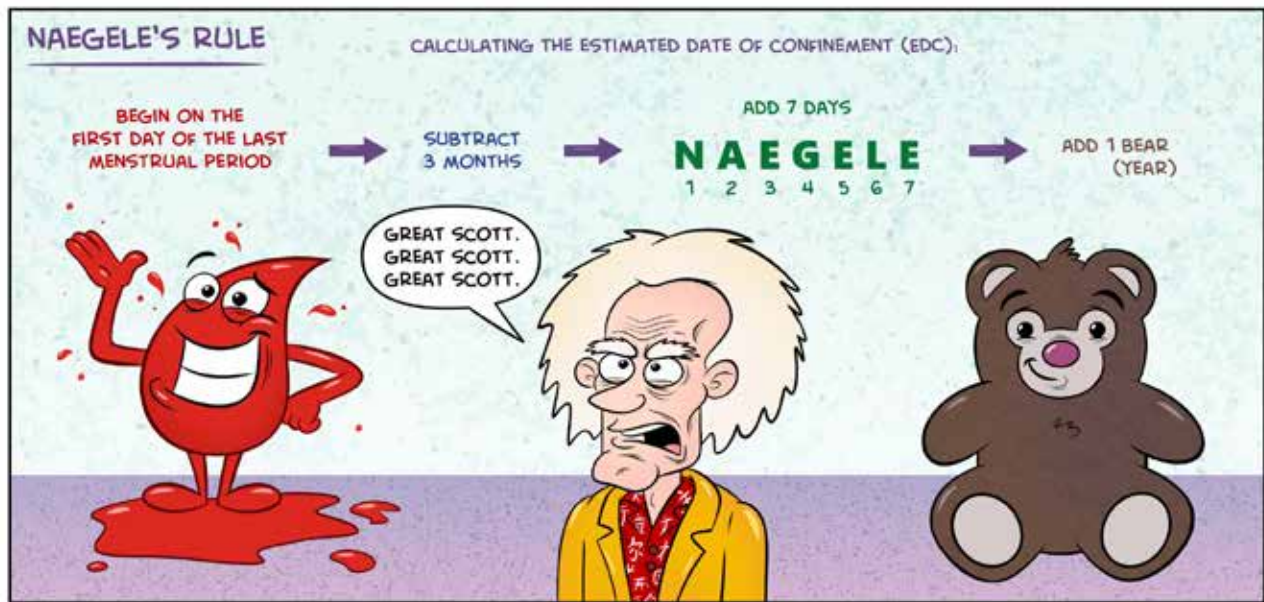
توجه: از سونوگرافی، معمولاً به صورت روتین برای تأیید حاملگی استفاده نمی‌گردد، به جز در یک سری شرایط خاص، همچون:

- نامطمئن بودن LMP در مادر
- خطر بالای وقوع EP در فرد
- وجود علائم و نشانه‌های سقط در مادر

تعیین دقیق سن بارداری

دومین وظیفه‌ی ما، در اولین ویزیت پره‌ناتال، تعیین دقیق سن بارداری و محاسبه‌ی تاریخ احتمالی زایمان مادر می‌باشد؛ آن هم طبق فرمولی معروف به فرمول Naegele:

- اولین روز آخرین سیکل قاعدگی + ۷ روز
- منهای ۳ ماه
- + یک سال (در صورت لزوم)



ایست: لطفاً به مثال‌های زیر توجه نمایید:

۱. تاریخ احتمالی زایمان در خانمی با LMP ۹۶/۸/۱۴ می‌شود:

$$۱۴ + ۷ = ۲۱$$

$$۸ - ۳ = ۵$$

$$۹۶ + ۱ = ۹۷$$

۹۷ / ۵ / ۲۱

۲. تاریخ احتمالی زایمان در خانمی با LMP ۹۷/۹/۲۵ می‌شود:

$$۲۵ + ۷ = ۳۲ \quad ۳۲ - ۳۰ = ۲$$

$$۹ - ۳ = ۶ \quad ۶ + ۱ = ۷$$

$$۹۷ + ۱ = ۹۸$$

۹۸ / ۷ / ۲

سوال: این قانون بر این فرض استوار می‌باشد که یک حاملگی نرمال حدود ۲۸۰ روز طول می‌کشد و از طرفی بیماران دارای سیکل‌های قاعدگی ۲۸ روزه می‌باشند، اما سوالی که مطرح می‌شود این است، اگر مادری دارای سیکل‌های قاعدگی مثلاً ۳۲ روزه بود، چه کنیم؟

Response: هیچ! طبق فرمول، تاریخ EDC^۱ مادر را محاسبه می‌کنیم و آخر سر ۴ روز (۳۲-۲۸) را به EDC بیمار اضافه می‌نماییم.

توجه: در مواردی که LMP بیمار نامعلوم می‌باشد یا مواردی که بیمار دارای سیکل‌های قاعدگی نامنظم می‌باشد، می‌توان از سونوگرافی

(در طی هفته‌های ۲۰-۱۴ بارداری) برای تعیین دقیق سن بارداری استفاده نمود؛ البته حتماً توجه داشته باشید که ملاک عمل ما، ترجیحاً همان LMP و EDC محاسبه شده برای بیمار می‌باشد، مگر در مواردی که نتایج سونوگرافی، ده روز یا بیشتر با Gestational Age محاسبه شده برای بیمار تفاوت داشته باشد.

انجام یک Ph/E دقیق

یکی دیگر از وظایف پزشک در اولین ویزیت پره‌ناتال، انجام یک Ph/E دقیق از بیمار می‌باشد؛ با تکیه بر:

- اندازه‌گیری BMI و فشارخون
- معاینه‌ی دقیق تیروئید، پوست و برست + لگن مادر

توجه: در Ph/E ناحیه لگن مادر، حتماً به موارد زیر توجه نمایید.

- بررسی دقیق ناحیه‌ی سرویکس و R/O هرگونه آنومالی، کوندیلوماتا، نئوپلاسم و Infection
- بررسی دقیق قوام و طول سرویکس، وجود تندرns هنگام حرکت دادن سرویکس، ارزیابی آدنکس‌ها از نظر وجود توده
- ارزیابی لگن بیمار، اندازه‌گیری قطر کنژوگه‌ی دیاگونال، بررسی خارهای ایسکیال، تقعر ساکرال و زاویه‌ی قوس پوبیک

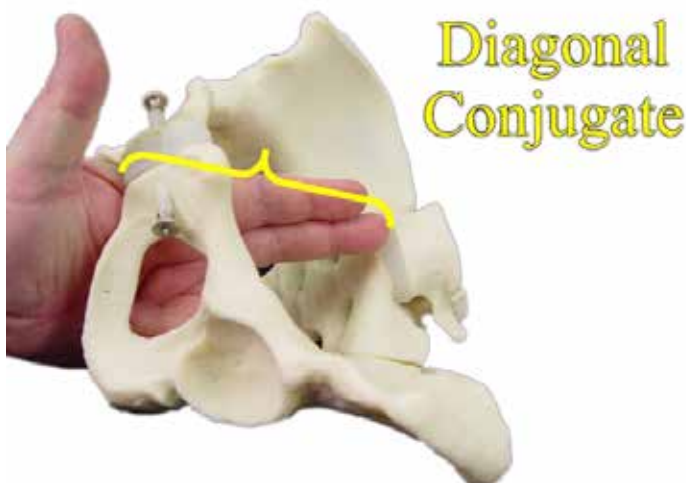
پیشتر بدانیم: لگن مادران باردار، در ۳ بخش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد:

- Inlet لگن
- لگن میانی
- خروجی لگن

Inlet لگن

در Inlet لگن، شاهد حضور ۳ قطر می‌باشیم:

- قطر AP
- ترنسورس
- Oblique



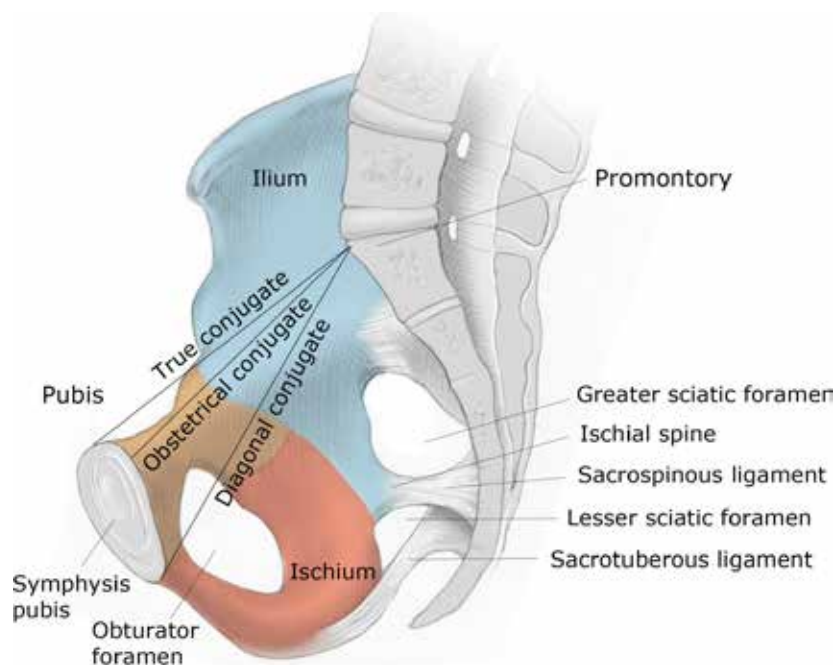
در بین این اقطار، مهم‌ترین قطر، قطر AP لگن (یا همان کنژوگه‌ی دیاگونال) می‌باشد.

برای محاسبه‌ی این قطر فاصله‌ی بین لبه‌ی تحتانی سمفیز پوسیس تا پرومنتوریوم ساکروم اندازه‌گیری می‌شود (لطفاً به تصویر روبه‌رو دقت کنید)

سوال: چرا این قطر در علم پزشکی، این قدر دارای اهمیت می باشد؟!

Response: چراکه از روی محاسبه‌ی این قطر (کنژوگه‌ی دیاگونال) به راحتی می توانیم کنژوگه‌ی مامایی را مورد محاسبه قرار دهیم. **توجه:** همانطور که در شکل زیر رؤیت می نماییم، کنژوگری دیاگونال و کنژوگه‌ی مامایی دو ضلع از اضلاع مثلثی هستند که در حقیقت کنژوگه‌ی دیاگونال وتر آن و کنژوگه‌ی مامایی یکی از اضلاع قائم مثلث فوق الذکر می باشد، بنابراین با توجه به شکل، می توانیم بگوییم، تقریباً رابطه‌ی زیر بین کنژوگه‌ی دیاگونال و کنژوگه‌ی مامایی برقرار می باشد.

$$1/5 - 2 \text{ cm} \approx \text{کنژوگه‌ی دیاگونال} = \text{کنژوگه‌ی مامایی}$$



توجه: چنانچه کنژوگه‌ی دیاگونال محاسبه شده، چیزی حدود ۱۲cm باشد (یعنی کنژوگه مامایی، حول و حوش ۱۰/۵-۱۰ سانتی متر)، می توانیم بگوییم Inlet لگن، برای زایمان مناسب می باشد.

توجه: در Inlet لگن یک قطر عرضی هم داریم معادل ۱۳cm، که خوشبختانه فاقد هرگونه اهمیت بالینی می باشد.

لگن میانی

با اندازه گیری فاصله‌ی بین خارهای ایسکیال، به راحتی قادر خواهیم بود قطر عرضی لگن میانی را تخمین بزنیم؛ طبق ادعای دنفورت در حضور شواهد زیر بایستی به فکر Dx تنگی لگن میانی در بیماران خود باشیم:

- خارهای ایسکیال کاملاً برجسته
- باریک بودن قوس پوبیس
- دیواره‌های لگنی همگرا
- کم بودن تقعر ساکروم
- کم بودن گودی ساکروسپاتیک کمتر از پهنای ۲ انگشت

Prominence of the Spines



The transverse diameter of the midpelvis is estimated by evaluating the distance between the ischial spines

خروجی لگن

قطر عرضی خروجی لگن را می‌توان با قرار دادن یک مشت بسته، بر روی پرینه و اندازه‌گیری فاصله‌ی بین توپروزیته‌های ایسکیال تخمین زد.

If outlet > 8cm $\Rightarrow$ is very suitable!

Transverse Outlet Diameter



پچپه‌ها مواظب باشین: مهم‌ترین بخش معاینه‌ی لگن، ارزیابی لگن میانی است، چراکه با وجود تنگی لگن میانی، زایمان طبیعی حتی با Forceps هم مقدور نمی‌باشد.

توجه: معاینه‌ی لگن استخوانی، تنها یک‌بار در طول حاملگی ضرورت دارد (و نه بیشتر!)؛ راستی اگر در پی انجام این معاینات، شاهد دفع اندکی خون روشن از ناحیه‌ی سرویکس بیمار بودید، اصلاً نگران نشوید و به بیماران خود اطمینان دهید که مسئله‌ی خاصی نیست!

اما بعد از اظهار فضل‌های فوق، برگردیم به بحث اصلی خودمان! کجا بودیم... هان داشتیم اقدامات لازم در اولین ویزیت پره‌ناتال را بررسی می‌کردیم. اما این شما و این هم ادامه‌ی مطلب!

همکاران گرامی لطفاً بعد از ارزیابی وضعیت لگن مادر، از بیمار خود، پاپ اسمیر تهیه کنید و در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، بیماران خود را از لحاظ گنوره و کلامیدیا مورد بررسی قرار دهید: (بسیار مهم و امتحانی)

- سن کمتر از ۲۵ سال
- سابقه‌ی STD قبلی یا شواهد کنونی STD
- افراد مولتی‌پارتنر
- تجربه‌ی یک پارتنر جدید در ۳ ماه اخیر

پس به طور خلاصه:

سن کم (جوان و جاهل بودن!) $\Leftarrow$ مولتی‌پارتنر بودن $\Leftarrow$ شواهد STD

گنوره و کلامیدیا چک شود



انجام ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم

در اولین ویزیت پره‌ناتال، لازم است با انجام آزمایشات زیر از سلامت بیماران خود مطلع شویم:

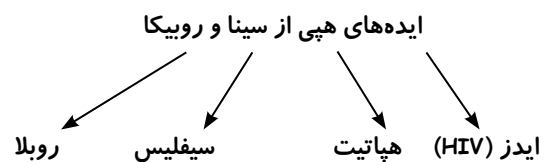
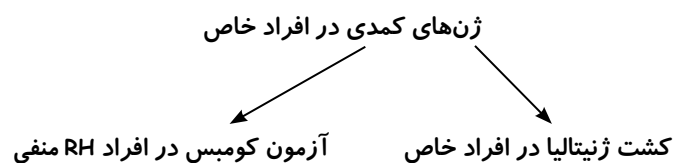
- CBC diff، هموگلوبین، هماتوکریت + شمارش پلاکت‌ها
- گروه خونی، RH، اسکرین آنتی‌بادی RH (Indirect Coombs) در بیماران RH منفی
- تیتر روبلا (Anti Rubella Ab)
- غربالگری عفونت‌های بدون علامت؛ شامل:

- آزمایش HIV؛ (توجه: آزمایش HIV، به تمامی بانوان باردار توصیه می‌شود؛ حالا انجام داد که دارد و اگر انجام ندارد، در پرونده‌ی وی ثبت می‌شود)
- بررسی از نظر هپاتیت (HBS Ag)
- بررسی سرولوژی سیفلیس (VDRL یا RPR^۱)
- آزمایش ادرار (U.A/ U.C)
- کشت ناحیه‌ی ژنیتالیا در افراد High Risk (که همین پندر Minute پیش گفتیم که این افراد چه کسانی هستند)

بچه‌ها مواظب پاشین: FBS جزء آزمایشات روتین درخواستی در اولین ویزیت پره‌ناتال نیست.

توجه: برای به خاطر سپاری آزمایشات لازم در اولین ویزیت پره‌ناتال، لطفاً از مجموع عبارات زیر استفاده نمایید!

- آزمایشات روتین خون و ادرار به جز FBS ! (CBC diff, Hb, HCT, Plt, BG, RH, U/A, U/C)
- ژن‌های کم‌دی در افراد خاص!
- ایده‌های هپی از سینا و روبیکا!

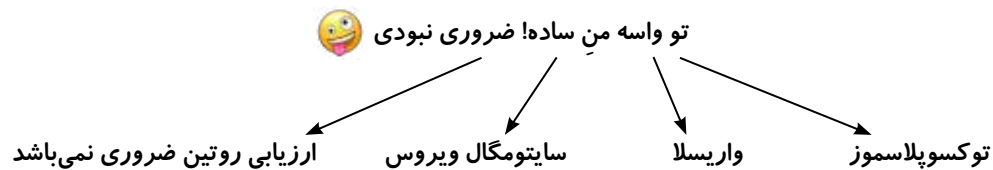


اما در ادامه‌ی مطلب لطفاً به نکات زیر توجه نمایید:

۱. ارزیابی روتین موارد زیر در اولین ویزیت پره‌ناتال ضروری نمی‌باشد: (بسیار مهم)

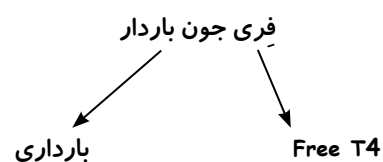
- توکسوپلاسموز
- واریسلا
- CMV

عبارت یادیار



فری جون باردار هستن!

۲. در زنان با سابقه‌ی بیماری‌های تیروئید، بهتر است از تست **Free T4** (ملقب به **فری جون باردار**) برای ارزیابی وضعیت بیماران استفاده شود، نه **TSH**؛ چراکه **TSH**، به شدت تحت تأثیر سایر هورمون‌های ناشی از بارداری قرار دارد.



۳. تمام بانوانی که دارای سابقه‌ی ترومبوفیلی در خود یا خانواده‌ی خود می‌باشند، لازم است در این مرحله مورد ارزیابی قرار بگیرند.
۴. طبق توصیه‌ی انستیتوی ملی بهداشت، غربالگری بیماری **Cystic Fibrosis** در تمام زنان سپیدپوست الزامی است.
۵. در صورت امکان، خوبست با غربالگری بیماری‌های ژنتیکی، نظیر تائوساکس، کاناوان، تالاسمی α و β ، سیکل سل آنمیا و... خیال خود و بیمار خود را از نظر وجود این بیماری‌ها نیز راحت نماییم.
۶. در بیماران با سابقه‌ی مشکوک از **Mental Retardation**، بهتر است غربالگری از نظر سندرم **X شکننده** نیز صورت بگیرد.

توجه: انجام **U/A, U/C** در اولین ویزیت پره‌ناتال نیز از واجبات زندگی می‌باشد؛ چراکه مادران باردار، در طی دوران بارداری خود، به علت اثر فشار مکانیکی رحم و همین‌طور غالب بودن هورمون پروژسترون در دوران بارداری، به شدت مستعد بروز استاز ادراری و در نتیجه عفونت‌های دستگاه ادراری می‌باشند.

نکته: از مهم‌ترین عوارض **Urine Infection** در دوران بارداری می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- پره‌ترم لیبر
- پارگی زودرس غشاها (PROM و PPROM)
- پیلونفریت؛ این جمله را هرگز فراموش نکنید، شایع‌ترین علت غیر مامایی بستری شدن بانوان باردار، در بیمارستان چیزی نیست جزء همین پیلونفریت.
- بنابراین به منظور جلوگیری از وقوع حوادث تلخ فوق، انجام **U/A, U/C** در تمام مادران باردار، در اولین ویزیت بارداری ضروری می‌باشد.
- نکته:** حتماً دقت کنید، با انجام آزمایش نواری (Dipstick) نیز می‌توان تا حدودی عفونت‌های ادراری را مورد غربالگری قرار داد؛ اما از آنجایی که کلونیزاسیون باکتری‌های گروه **GBS**^۱، ممکن است همواره منجر به تست مثبت لکوسیت استراز نگردند، انجام **UC** در تمام بانوان باردار (حتی با وجود منفی بودن Dipstick) ضروری خواهد بود.

توجه:

- در صورت مثبت بودن نتایج **U/A, U/C**، درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب ضروریست.
- در صورت بروز پیلونفریت بیمار بایستی بستری شده و تحت درمان تزریقی قرار گیرد.

نظارت‌های روتین پیش از زایمان

زمان بندی ویزیت‌ها در بانوان باردار معمولاً به صورت زیر می‌باشد:

- سه ماهه‌ی اول و دوم بارداری: مراجعه‌ی ماهانه
- هفته‌ی ۲۸ تا ۳۶ بارداری: هر ۲ هفته یکبار
- هفته‌ی ۳۶ تا آخر بارداری: مراجعه‌ی هفتگی

پهچه‌ها مواظب باشین: در مواردی که بیماران شما، به هر دلیل **High Risk** محسوب شوند (مانند سابقه‌ی قبلی پره‌ترم لیبر، سابقه‌ی بیماری مزمن، Family Hx مثبت و...) بهتر است تحت ویزیت‌های بیشتری در دوران بارداری قرار بگیرند.

^۱ Group B Streptococcus

نکته: بیماران مبتلا به نارسایی سرویکس، بایستی بین هفته‌های ۲۴-۱۷ و به صورت منظم (هفتگی) مورد ویزیت قرار بگیرند، تا در مورد لزوم سرکلاژ در آن‌ها، تصمیم گرفته شود.

در ضمن بیماران مبتلا به هایپر تنشن مزمن، بهتر است، در ۶ ماهه‌ی اول بارداری، هر ۲ هفته یکبار ویزیت شوند.

نکته: در هر کدام از ویزیت‌های بارداری، بایستی به موارد زیر توجه ویژه‌ای شود:

- ارزیابی سلامت مادر
- ارزیابی رشد و سلامت جنین

اما در ادامه به بررسی دقیق‌تر اقدامات لازم در ویزیت‌های بارداری می‌پردازیم:

شرح حال

در شرح حال مادران باردار لطفاً به موارد زیر توجه کنید:

- سوالات کلی در مورد سلامت مادر، رژیم غذایی، الگوی خواب، حرکات جنین و...
- علائم هشدار دهنده، همچون: خونریزی، انقباضات رحمی، نشت مایع، سردرد و اختلالات بینایی

سایر بررسی‌های لازم

در تمامی ویزیت‌های بارداری، موظف به انجام اقدامات زیر می‌باشیم:

- وزن کردن بیمار
- اندازه‌گیری فشارخون
- ارزیابی دیپ استیک ادرار

در سایر ویزیت‌های بارداری هم (با توجه به زمان‌بندی‌ها)، انجام ارزیابی‌های زیر ضروری می‌باشد.

- اندازه‌گیری ارتفاع رحم (Fundal Height)
- سمع ضربان قلب جنین
- انجام مانورهای لئوپولد
- بررسی از نظر وجود ادم

لطفاً به ادامه‌ی مطلب و بررسی دقیق‌تر موارد فوق توجه کنید:

اندازه‌گیری فشارخون

با توجه به این‌که مادران باردار، در طی دوران بارداری خود، بسیار مستعد بروز فشارخون حاملگی و پره‌اکلامپسی می‌باشند، بنابراین یکی از وظایف مهم پزشک، در ویزیت‌های بارداری کنترل فشارخون مادران باردار می‌باشد؛ اما این نکته را هرگز فراموش نکنید:

فشارخون مادران، در سه ماهه‌ی دوم حاملگی، کاملاً تمایل به کاهش دارد.

از این‌رو گفته می‌شود در صورت مشاهده هرگونه افزایش فشار سیستولی به میزان 30 mmHg ، یا افزایش فشار دیاستولی به میزان 15 mmHg ، در سه ماهه‌ی دوم بارداری (نسبت به سه ماهه‌ی اول) بایستی بیمار خود را High Risk قلمداد و به طور مداوم بیماران خود را از نظر بروز فشارخون حاملگی یا پره‌اکلامپسی مورد پایش قرار دهیم.

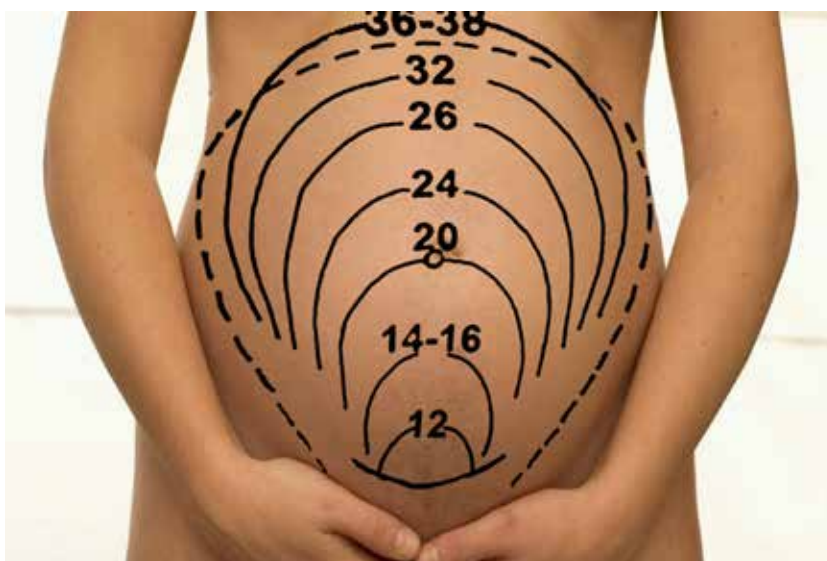
اندازه‌گیری سریال ارتفاع فوندوس رحم

این روش، یک روش غربالگری مناسب برای ارزیابی رشد جنین در نیمه دوم بارداری می‌باشد.

برای تخمین Fundal Height، فاصله‌ی بین سمفیز پوبیس تا رأس فوندوس اندازه‌گیری می‌شود. گفته می‌شود، این اندازه، در هفته‌های ۱۶-۳۶ حاملگی تقریباً با سن حاملگی مادر مطابقت دارد. البته این قانون استثنائاتی هم دارد که چند min دیگر به آن‌ها اشاره می‌کنیم:



لطفاً به تصویر زیر دقت کنید.



همان‌طور که در تصویر فوق مشاهده می‌نماییم، در حالت طبیعی، ارتفاع فوندوس رحم، در هفته‌ی ۱۲ حاملگی در حد سمفیز پوبیس؛ در هفته ۱۶ حاملگی در حد فاصل بین سمفیز و ناف و بالاخره در هفته‌ی ۲۰ حاملگی، فوندوس رحم تقریباً در مجاورت ناف مادر می‌باشد.

پیچ‌ها مواظب باشین: بعد از هفته‌ی ۳۶ بارداری، با توجه به وقوع پدیده‌ی انگازمان عضو پرزائنه، ارتفاع فوندوس رحم کاهش پیدا می‌کند.

توجه:

علل کمتر بودن Fundal Height نسبت به سن بارداری (بیش از ۲cm)

- اولیگوهایدروآمنیوس
- IUGR
- قرار غیرطبیعی جنین (مثلاً قرار عرضی جنین)
- نقایص جنینی
- انکازمان زودهنگام جنین

علل بیشتر بودن Fundal Height نسبت به سن بارداری (بیش از ۲cm)

- پلی‌هایدروآمنیوس
- ماکروزومی
- حاملگی‌های چندقلویی
- وجود توده‌های رحمی (تغیر لیومیوم رحمی)

توجه: در صورتی که در هفته‌های ۳۶-۱۶ بارداری، بین ارتفاع فوندوس رحم و سن بارداری، بیش از ۲ واحد اختلاف وجود داشته باشد، انجام سونوگرافی توصیه می‌شود.

سمع قلب جنین

صدای قلب جنین را می‌توان برای اولین بار در هفته‌های ۲۰-۱۸ بارداری سمع نمود. حتماً دقت کنید که تعداد ضربان طبیعی قلب جنین، در تمام دوران حاملگی، بین ۱۶۰-۱۱۰ ضربه در دقیقه می‌باشد.

مانورهای لئوپولد

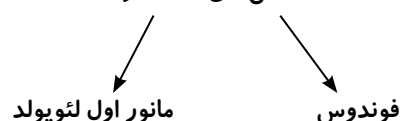
مانورهای لئوپولد، شامل ۴ مانور مختلف برای تعیین پوزیشن جنین می‌باشند که از اواسط بارداری قابل انجام می‌باشند.

توجه: سه مانور اول در حالی انجام می‌شود که پزشک در کنار بیمار ایستاده و صورت وی رو به صورت بیمار می‌باشد؛ اما در مانور چهارم، صورت پزشک رو به پاهای بیمار است. (لطفاً به ارامه‌ی مطلب توجه کنید)

مانور اول لئوپولد

در مانور اول لئوپولد، هدف تعیین عضوی می‌باشد که در ناحیه‌ی فوندوس رحم قرار گرفته است (توجه: سر جنین، در لمس کاملاً سفت و مرور می‌باشد، در حالی که باتک جنین، نرم و نامنظم می‌باشد)

برای جلوگیری از فراموشی این مانور، لطفاً از عبارت یادیار زیر استفاده کنید.

فحش‌های! دسته اول



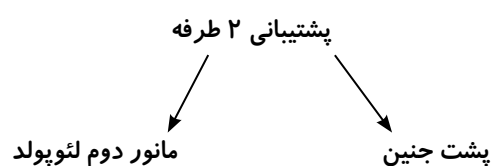
مانور دوم لئوپولد

در مانور دوم، به این سوال پاسخ داده می‌شود که پشت جنین به کدام طرف واقع شده است.



نکته: در مانور دوم لئوپولد، پزشک کف دست‌های خود را در طرفین رحم بیمار قرار می‌دهد، در یک طرف پشت جنین را لمس می‌نماید که کاملاً صاف و استخوانی بوده! و در طرف دیگر شاهد لمس اندام‌های جنین خواهد بود که به صورت یک حاشیه‌ی ندولر (با فرورفتگی و برجستگی‌های زیاد) خود را پرزاشته می‌نماید.

عبارت یادیار



مانور سوم لئوپولد

مانور سوم لئوپولد،
نیز با این هدف صورت
می‌گیرد که چه قسمتی
از بدن جنین، بر روی
دهانه ورودی لگن قرار
گرفته است و آیا این
عضو انگاژمان پیدا کرده
است؟!



برای پاسخ به این سوال، پزشک یک دست خود را بالای سمفیز پوبیس مادر قرار داده و با استفاده از انگشت شست و سوم خود، به لمس عضو پرزائته‌ی جنین می‌پردازد، به این ترتیب، عضو پرزائته را کشف می‌نماید! که مسلماً اگر این عضو پرزائته به راحتی به سمت بالا و پایین جابه‌جا شود، به این معنا خواهد بود که عضو پرزائته هنوز انگاژمان پیدا نکرده است.

عبارت یادیار



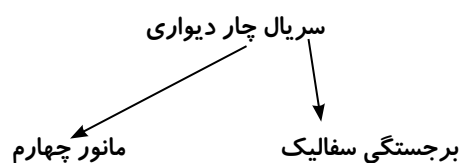
نمونه‌ای از انگل‌های سفارشی!



مانور چهارم لئوپولد

در این مانور، هدف تعیین موقعیت برجستگی سفالیک سر جنین می‌باشد، به زبان پارسی سلیس، در این مانور، می‌خواهیم ببینیم گردن جنین، در وضعیت Flexion می‌باشد یا Extention

عبارت یادیار

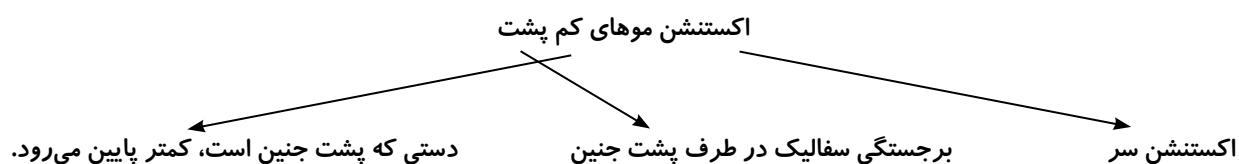


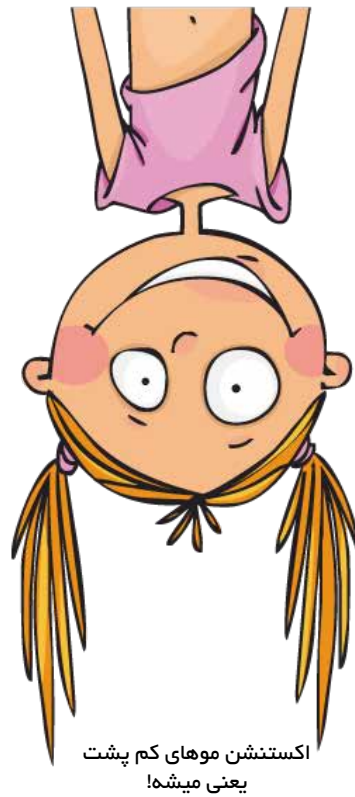
برای رسیدن به این هدف، پزشک رو به پاهای بیمار می‌ایستد و ۲ دست خود را به سمت پایین حرکت می‌دهد، که در این راه! مسلماً یک دست، به سمفیز پوبیس مادر برخورد می‌کند! و دست دیگر در میانه‌ی راه، گیر می‌کند! که همین مکان، همان برجستگی سفالیک سر جنین می‌باشد.

توجه:

- در صورت Flexion سر، برجستگی سفالیک در سمت اندام‌های جنین لمس می‌شود و دستی که سمت اندام‌های جنین است کمتر پایین می‌رود. (Vertex Presentation)
- در صورت Extension سر، برجستگی سفالیک در طرف پشت جنین لمس می‌شود و دستی که پشت جنین است، کمتر پایین می‌رود. (Face Presentation)

عبارت یادیار





لطفاً به اشکال زیر دقت کنید.

Vertex presentation



Complete flexion

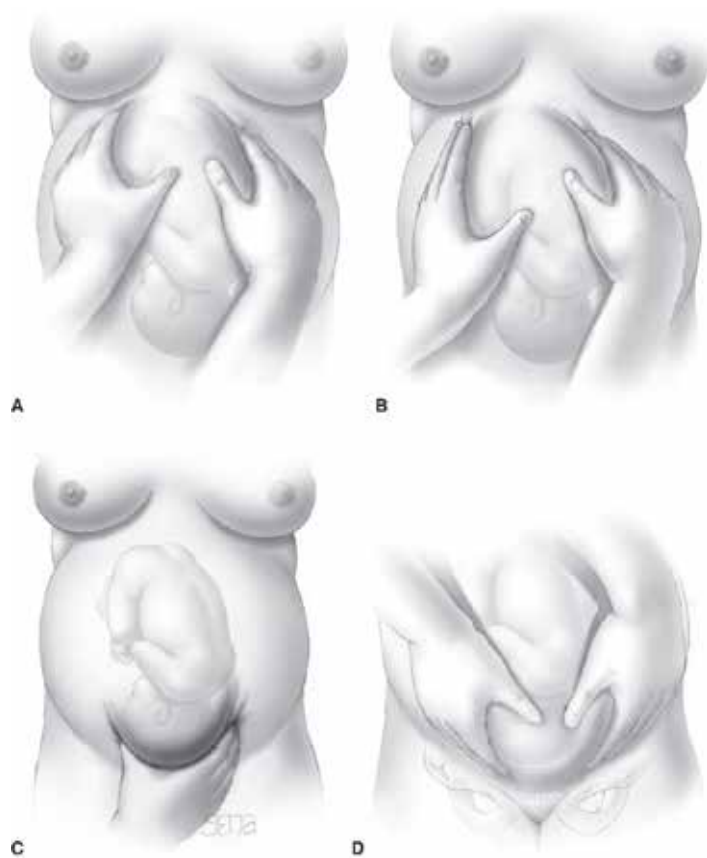


Face presentation



Full extension





ایست: لطفاً با توجه ویژه به تصویر روبرو، خیلی سریع ۴ مانور لثوپولد را در ذهن خود Review نمایید.

بررسی از نظر وجود ادم

یکی از C.C های شایع در دوران بارداری، بروز ادم می‌باشد. یکی از هنرهای پزشک در مواجهه با بانوان باردار، توان افتراق بین ادم‌های طبیعی و پاتولوژیک در دوران بارداری می‌باشد؛ که در ادامه توجه شما را به وجوه افتراق این ادم‌ها جلب می‌نمایم!

ویژگی‌های ادم‌های شایع و طبیعی در دوران بارداری

- محل بروز ادم: ناحیه‌ی مچ یا ساق پا (Dependent Edema)
- این ادم‌ها، معمولاً صبح‌ها وجود ندارند.
- این ادم‌ها، با استراحت و بالا نگه داشتن پاها، معمولاً به خوبی برطرف می‌شوند.

اما در موارد زیر، ادم بیمار می‌تواند پاتولوژیک باشد:

- ادم صبح‌گاهی
- بروز ادم در ناحیه‌ی صورت و دست‌ها؛ به ویژه اگر این ادم، همراه با یافته‌هایی همچون پروتئینیوری و هایپر تنشن باشد. (پراکله در این گونه موارد، بایستی به فکر Dx مهم پره‌اکلامپسی در بیماران خود باشیم)
- افزایش وزن ناگهانی و بیش از حد در دوران بارداری (بیش از ۵ پوند در هفته)

معاینه‌ی سرویکس

معاینه‌ی روتین سرویکس در دوران بارداری ضروری نیست؛ مگر در موارد زیر:

- موارد مشکوک به نارسایی سرویکس و پره‌ترم لیبر (توجه: ویژگی بارز بیماران مبتلا به نارسایی سرویکس = سابقه دیلاتاسیون پرون در سرویکس + خروج زنده جنین در اواخر ۳ ماهه دوم بارداری)
- و دیگر هیچ!

ارزیابی آزمایشگاهی

در طی دوران بارداری، انجام ارزیابی‌های زیر ضروری می‌باشد:

- غربالگری از نظر نقایص لوله‌ی عصبی و آنوپلوئیدی
- دیابت بارداری

- ناسازگاری Rh

- GBS و واژینوز باکتریال

لطفاً به ادامه‌ی مطلب توجه کنید:

غربالگری از نظر نقایص لوله عصبی

همان‌طور که می‌دانیم، در دوران بارداری، عناصر زیر، مسئول سنتز آلفا فیتوپروتئین (α FP) می‌باشند:

- کیسه زرده‌ی جنین

- GI جنین

- و نهایتاً کبد جنین

توجه: حداکثر غلظت سرمی α FP جنین در پایان سه ماهه اول بارداری حاصل می‌شود؛ α FP های سنتز شده (توسط امعا و اششای جنین^۱)، معمولاً از طریق جفت و مایع آمنیوتیک، به سرم مادر راه پیدا می‌کنند.

برای غربالگری NTD^۱ و سایر آنومالی‌های جنینی، بهتر است سطح MS α FP^۲ در هفته‌های ۱۶ تا ۱۸ بارداری مورد سنجش قرار گیرد.



توجه: مقادیر MS α FP بایستی با توجه به نژاد، وزن، چندقلویی، دیابتیک یا نان دیابتیک بودن هر فرد تفسیر شود، تا شاهد موارد مثبت کاذب نباشیم؛ چراکه:

- در دیابت وابسته به انسولین، معمولاً سطوح α FP، حدود ۶۰٪ افراد غیردیابتی می‌باشد.
- در افراد سیاهپوست جامعه سطح α FP تقریباً ۱,۱ برابر افراد عادی است.
- سطح α FP در بارداری‌های دو قلویی، (در هفته‌های ۲۰-۱۶ بارداری) ۲/۵ برابر مقدار متوسط برای بارداری‌های تک قلویی می‌باشد.

۱. Neural Tube defects

۲. Maternal Serum Alpha-Fetoprotein

نکته: در صورت بالا بودن میزان α FP سرم مادر و مایع آمنیوتیک، بایستی به فکر D.Dx های زیر باشیم:

- اشتباه در تخمین سن حاملگی
- نقایص مربوط به بازماندن لوله‌ی عصبی (اسپینابیفیدای باز و آنانسفالی) در ۸۵٪ موارد
- نقایص دیواره‌ی شکم، همچون: امفالوسل و گاستروشی
- چندقلویی
- نتایج نامطلوب حاملگی
- مرگ جنین

پهچه‌ها مواظپ پاشین: در بیماران مبتلا به سندرم داون، سطح α FP، پایین‌تر از حد نرمال می‌باشد.

توجه: همان‌طور که اشاره شد، یکی از علل بالا بودن غیرطبیعی α FP، تخمین اشتباه سن بارداری می‌باشد. بنابراین در مواجهه با بیماران حاوی MS α FP بالا، در اولین گام موظف به انجام سونوگرافی و بررسی موارد زیر می‌باشیم:

- تعیین سن دقیق بارداری
- R/O چندقلویی
- R/O مرگ داخل رحمی

در صورت تأیید سن حاملگی در سونوگرافی و R/O موارد چندقلویی و IUFD، در گام بعدی موظف به انجام سونوگرافی هدفمند (Targeted Sonography) و بررسی جنین از نظر آنومالی‌ها می‌باشیم. گفته می‌شود با انجام سونوگرافی هدفمند، قادر به تشخیص Neural tube defects با حساسیت ۹۷٪ و اختصاصی بودن ۱۰۰٪ خواهیم بود.

در صورت منفی بودن نتایج سونوگرافی هدفمند، در گام بعدی موظف به انجام آمنیوسنتز و بررسی‌های زیر می‌باشیم:

- اندازه‌گیری α FP و استیل کولین استراز در مایع آمنیوتیک، جهت بررسی تشخیص Neural tube defects
- انجام آنالیز سیتوژنتیک روی نمونه‌ی تهیه شده؛ چراکه دیده شده است سطوح بالای MS α FP با آنوپلوئیدی جنین هم می‌تواند در ارتباط باشد.

ایست: آیا می‌دانستید، در صورت افزایش بدون علت MS α FP ریسک بروز عوارض زیر در دوران بارداری افزایش پیدا می‌کند؟

- پره‌اکلامپسی
- جفت سرراهی و دکولمان جفت
- IUGR و پره‌ترم لیبر
- مرگ جنین

پهچه‌ها مواظپ پاشین: در دیابت بارداری معمولاً سطح MS α FP کاهش پیدا می‌کند.

غربالگری آنوپلوئیدی

برای غربالگری سندرم داون، در ۳ ماهه اول و دوم بارداری، از روش‌های زیر استفاده می‌شود:

- سه ماه اول بارداری: Combined Screening
- سه ماه دوم بارداری: تریپل تست (Triple test) و کوادری تست (Quad test)



Down Syndrome

توجه: در Combined Screening، موارد زیر بررسی می‌شوند:

- Nuchal Thickening در سونوگرافی
- سطوح PAPP-A و Free β -hCG
- سن مادر

توجه: بهترین زمان انجام Combined Screening در ۱۱ هفتهگی می‌باشد؛ اما با این حال گفته می‌شود، این تست در بازه‌ی زمانی ۱۰ هفته و ۳ روز تا ۱۳ هفته و ۶ روز هم قابل انجام است. دقت این روش برای Dx سندرم داون، ۸۷٪ می‌باشد.

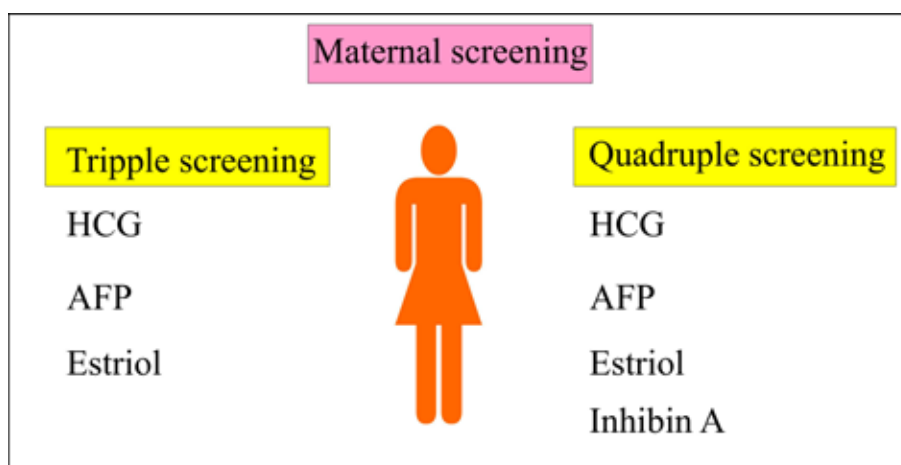
پیشتر بدانیم: با کمک روش Combined Screening، علاوه بر تریزومی ۲۱، قادر به غربالگری تریزومی ۱۸ هم می‌باشیم. در ضمن گفته می‌شود با اندازه‌گیری NT^۱ به تنهایی نیز قادر به پیش‌بینی بروز سندرم‌های زیر نیز می‌باشیم:

- تریزومی ۱۸ $\leq$ در ۷۵٪ موارد
- تریزومی ۱۳ $\leq$ ۸۷٪
- سندرم ترنر $\leq$ ۵۹٪
- تریپلوئیدی $\leq$ ۵۵٪

توجه: همان‌طور که اشاره شد، برای غربالگری سندرم داون در سه ماهه دوم بارداری، معمولاً از یکی از دو روش زیر استفاده می‌شود:

۱. Pregnancy-Associated Plasma Protein A
۲. Nuchal Thickening

- تریپل تست (Triple test) و کوادری تست (Quad test)



در تریپل تست، موارد زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- سطوح β -hCG
- استریول غیرکنزوگه (uE3)
- آلفا فیتوپروتئین سرم مادر (MSAFP)

سپس بر اساس نتایج به دست آمده بیماران خود را مورد قضاوت قرار می‌دهیم. (توجه: در بارداری‌های حاوی سندرم داون، انتظار می‌رود، تمامی مارک‌های فوق دچار کاهش شوند، به جز سطوح β -hCG، که معمولاً شاهد ریزش این سرم مارکر می‌باشیم)

نکته: با انجام تریپل تست، قادر به شناسایی حدود ۶۹٪ موارد سندرم داون می‌باشیم.

توجه: در صورت افزودن مارکری با نام **Inhibin** به مارک‌های فوق، تست دیگری برای ما پدید می‌آید تحت عنوان **کوادری تست** (با انجام این تست، قادر به شناسایی حدود ۸۱٪ از موارد سندرم داون می‌باشیم)

نکته: بهترین زمان انجام تریپل تست و کوادری تست، بین هفته‌های ۱۵ و ۱۸ بارداری می‌باشد، اگرچه، انجام این تست‌ها بین هفته‌های ۱۵ و ۲۲ بارداری نیز امکانپذیر می‌باشد.

توجه: در سه ماهه‌ی اول و دوم بارداری، به ترتیب با انجام تست‌های Combined، تریپل و کوادری تست حداکثر قادر به Dx ۸۷٪ و ۸۱٪ از موارد سندرم داون می‌بودیم، دنفورث می‌گوید برای بالابردن دقت تشخیصی خود، می‌توان از استراتژی‌های زیر استفاده نمود:

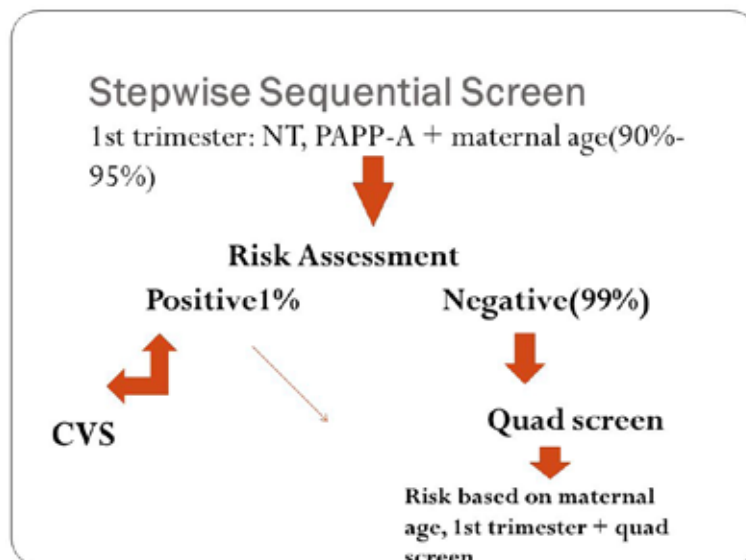
استراتژی تشخیصی Stepwise sequential

در این استراتژی، بیماران در مرحله‌ی اول، کاندید انجام **Combined Test** می‌گردند؛ سپس بر اساس نتایج حاصله، به این صورت با بیماران برخورد می‌شود:

- بیماران **High Risk** در Step بعدی کاندید انجام CVS^۱ می‌گردند

۱. chorionic villus sampling

- بیماران **Low Risk** در Step بعد کاندید انجام کوادری تست می گردند.

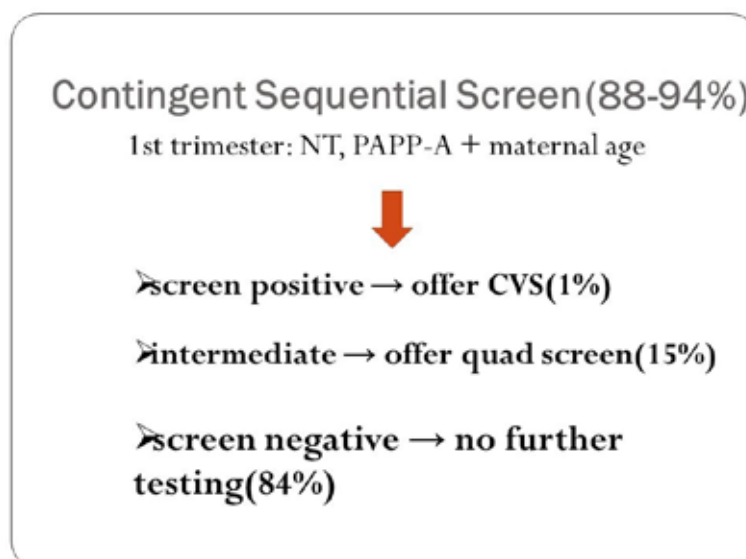


با استفاده از این استراتژی تشخیصی قادر به Dx حدود ۹۵٪ از موارد سندرم داون می باشیم.

استراتژی تشخیصی Contingent sequential

در این استراتژی، باز هم بیماران در گام اول کاندید انجام Combined Test می گردند؛ اما در Step بعدی، به این صورت با بیماران رفتار می شود:

- بیماران **High Risk** کاندید انجام CVS می گردند.
- بیماران با ریسک متوسط، کاندید انجام کوادری تست می شوند.
- با بیماران **Low Risk** کاری نداشته و با آن ها خداحافظی می نماییم.



گفته می شود با این استراتژی تشخیصی قادر به Dx حدود ۸۸-۹۴٪ از موارد سندرم داون می باشیم.

غربالگری دیابت حاملگی

زمان مناسب برای غربالگری دیابت حاملگی معمولاً به صورت زیر می‌باشد:



- بانوان معمولی^۱: هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ حاملگی
- بانوان حاوی ریسک فاکتور: نخستین ویزیت بارداری؛ در صورت نرمال بودن: تکرار تست بین هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری

توجه: از مهم‌ترین ریسک فاکتورهای بروز GDM می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- سن مادر بیش از ۳۰ سال
- سابقه‌ی تولد نوزاد با ماکروزومی، مالفورمیشن یا IUFD
- سابقه‌ی بروز GDM در بارداری قبلی
- سابقه‌ی خانوادگی دیابت، چاقی مادر یا گلوکزوری پایدار
- مصرف مزمن داروهای گروه کورتون یا داروهای گروه بتاسمپاتومیمتیک



نکته: برای غربالگری GDM، بیماران، در ابتدای کار کاندید انجام تست ۵۰ گرم گلوکز می‌شوند. (توجه: از این تست، تست عنوان GCT^۱ یک ساعته نیز یاد می‌شود؛ چراکه در این تست ۵۰ گرم گلوکز فوراً کی تهوینز می‌شود و سطح گلوکز خون بعد از یک ساعت اندازه‌گیری می‌شود)

توجه:

- در صورت گزارش گلوکز بیش از ۱۸۰mg/dl، تشخیص GDM قطعیست.
- در صورت گزارش گلوکز بین ۱۴۰-۱۸۰mg/dl، بیمار کاندید انجام تست GTT^۲ سه ساعته با تجویز ۱۰۰ گرم گلوکز می‌شود.

پچه‌ها مواظپ پاشین: در حضور یکی از ریسک فاکتورهای GDM، Upper Limit تست یک ساعته، به جای ۱۴۰، ۱۳۰ در نظر گرفته می‌شود.

۱. Glucose Challenge test
۲. Glucose Tolerance Test

نکته: در GTT سه ساعته، قندخون بیمار، در حالت ناشتا، ۱، ۲ و ۳ ساعت بعد از مصرف گلوکز، مورد سنجش قرار می‌گیرد. در صورت وجود ۲ معیار از موارد زیر تشخیص GDM قطعیست.

- $95 \leq \text{FBS}$
- BS یک ساعته ≤ 180
- BS دو ساعته ≤ 155
- BS سه ساعته ≤ 140

Diagnostic criteria for gestational diabetes			
	Carpenter and Coustan (100g OGTT)	WHO* (75g OGTT)	IADPSG^ (75g OGTT)
Number of abnormal values required for GDM diagnosis	≥ 2	≥ 2	≥ 1
Fasting glucose (mg/dL)	95	95	92
1 st hour (mg/dL)	180	180	180
2 nd hour (mg/dL)	155	155	153
3 rd hour (mg/dL)	140	--	--

توجه: در افراد حاوی ریسک فاکتور، می‌توان به جای غربالگری ۲ مرحله‌ای فوق، از ابتدا بیماران را کاندید تست OGTT دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز نمود. در حضور ۲ مورد از موارد زیر تشخیص GDM قطعی خواهد بود.

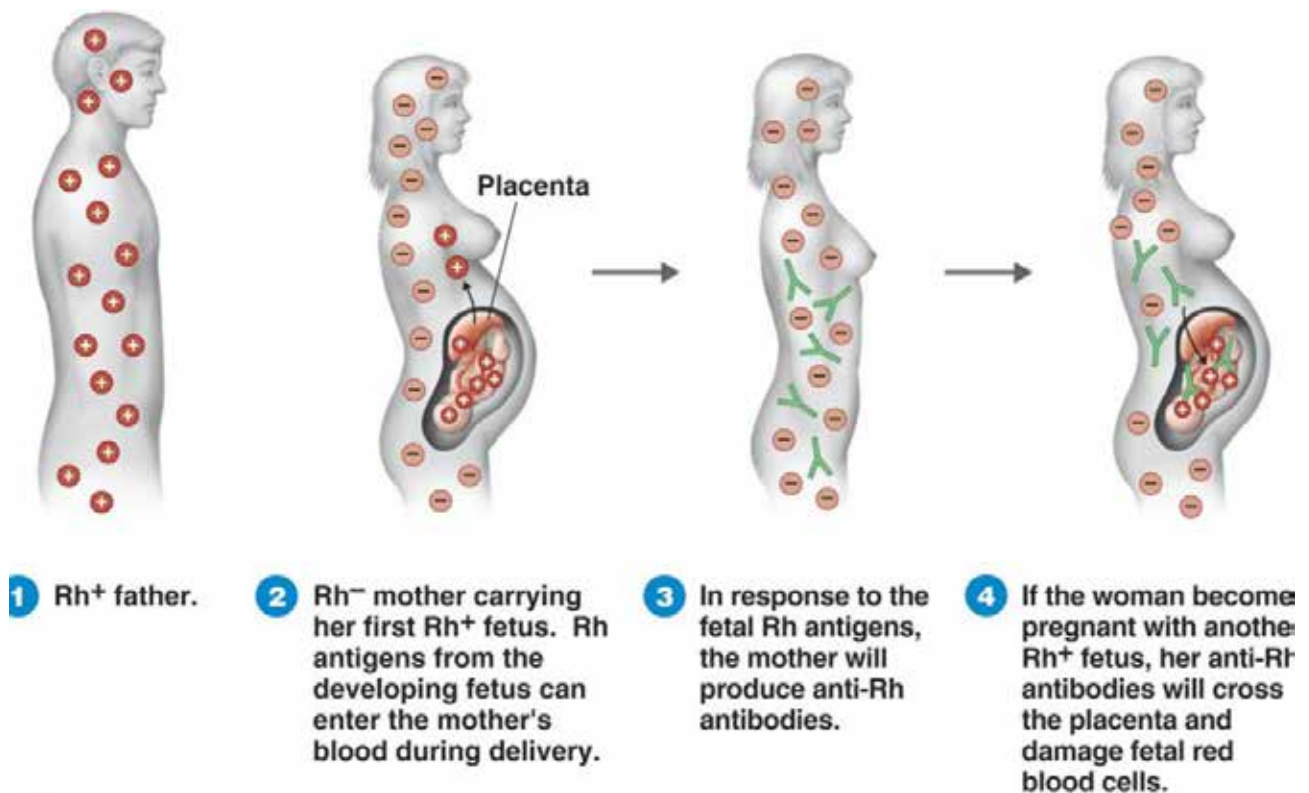
- $95 \leq \text{FBS}$
- BS یک ساعته ≤ 180
- BS دو ساعته ≤ 155

مروری بر چند نکته مهم:

- تست GTT یک ساعته، هم در حالت ناشتا و هم در حالت غیرناشتا قابل انجام می‌باشد.
- اهمیت GDM، نه از جهت مرگ‌ومیر جنینی، بلکه از جهت خطر بروز ماکروزومی و موربیدیتی همراه آن می‌باشد.
- در ۹۰٪ از مادران مبتلا به GDM، شاهد نرمال شدن سطح گلوکز خون پس از زایمان می‌باشیم؛ اما در حدود ۶۰٪ از این بانوان، در نهایت در طی ۱۶ سال آینده شاهد بروز دیابت آشکار خواهیم بود؛ از این‌رو انجام مراقبت‌های زیر در این بیماران ضروریست:
 - انجام آزمون OGTT ۲ ساعته در اولین ویزیت پس از زایمان
 - در صورت نرمال بودن تست فوق $\Leftarrow$ Follow Up سالیانه‌ی مادر
 - توصیه به کاهش وزن و ورزش منظم

غربالگری آنتی‌RH

همان‌طور که می‌دانیم، اگر مادری RH منفی با فردی RH مثبت ازدواج کرده باشد، این افراد ممکن است صاحب فرزندی RH مثبت شوند؛ که متأسفانه در طی پروسه‌ی زایمان ممکن است مقداری از خون جنین وارد خون مادر شود. بدین ترتیب بدن مادر، شروع به سنتز آنتی‌بادی علیه این گلبول‌های RH مثبت می‌نماید. (که این مسئله معمولاً در طی بارداری اول، مشکل خاصی ایجاد نمی‌کند؛ اما در طی بارداری‌های بعدی، اگر مادر مجدداً صاحب جنینی RH مثبت شود، این آنتی‌بادی‌ها به شدت شروع به تکثیر نموده و با ورود به خون جنین (از طریق پلاسنتا)، منجر به لیز RBCهای جنین، آنمی همولیتیک شدید و هیدروپس جنینی می‌گردند. (لطفاً به تصویر صفحه بعد توجه کنید)



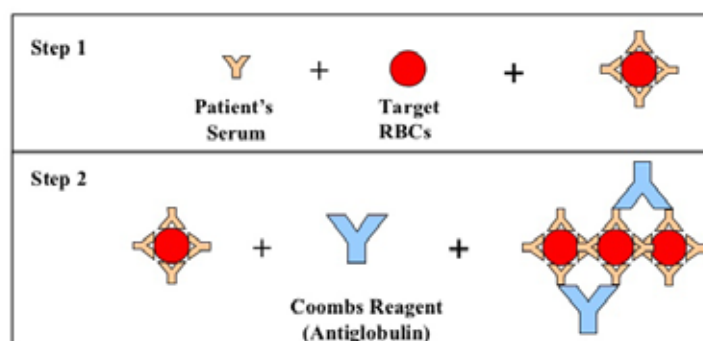
برای جلوگیری از حوادث دهشتناک فوق، لازمست تمامی بانوان RH منفی که حاوی همسر RH مثبت می‌باشند، تحت غربالگری آنتی RH قرار گیرند؛ آن هم به این صورت:

- انجام آزمون **Indirect Coombs** در ویزیت پیش از بارداری یا اولین ویزیت بارداری
- در صورت منفی بودن آزمون فوق: تکرار مجدد تست در هفته‌های ۲۸-۲۶ بارداری
- در صورت منفی بودن مجدد این تست، تجویز ۳۰۰ میکروگرم رگام در هفته‌ی ۲۸ بارداری و تکرار آن پس از زایمان (به منظور پیشگیری از ایزوایمونیزاسیون مادر)

یادآوری: آزمون Indirect Coombs برای غربالگری حضور آنتی‌بادی در سرم مادر انجام می‌شود. (برای یادآوری پیکونگی انجام این کار، لطفاً تصویر زیر را با دقت نظاره‌گر باشید)

Coombs (Antiglobulin) Tests

- **Indirect Coombs Test**
– Detects anti-erythrocyte antibodies in serum

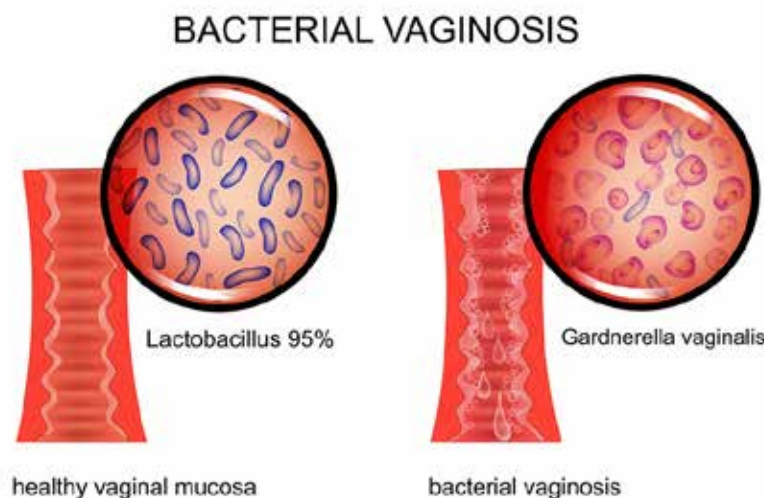


توجه:

- تنها حدود ۱٪ از بانوان RH منفی که روگام دریافت نمی‌کنند، ممکن است حساس شوند.
- در صورت مثبت بودن تست کومبس (بسته به میزان تیتر) موظف به انجام اقدامات زیر می‌باشیم:
- تیترهای پایین «»» غربالگری پی در پی بیماران با اندازه‌گیری سطح آنتی‌بادی‌های مربوطه
- تیترهای بحرانی (تیتر ۱:۱۶ یا بیشتر) «»» شانس آنمی همولیتیک جنین بسیار بالاست «»» در این گونه موارد بهتر است با نمونه‌گیری خون جنین، وضعیت جنین مورد بررسی قرار گیرد.

غربالگری واژینوز باکتریال

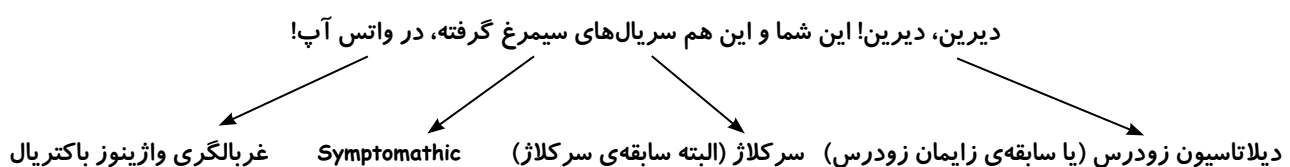
همان‌طور که می‌دانیم، در صورت کاهش فلور طبیعی واژن (به ویژه لاکتوباسیل‌ها) و جایگزینی و رشد بیش از حد ارگانیزم‌های بی‌هوازی در محل! از اصطلاح واژینوز باکتریال برای توصیف شرایط بیماران استفاده می‌کنیم.



متأسفانه با وقوع واژینوز باکتریال در بانوان باردار، ممکن است شانس بروز حوادثی همچون زایمان زودرس، اندومتريت، پارگی زودرس ممبران‌ها و... افزایش پیدا کند. اما با افزایش ریسک وقوع خطرات دهشتناک فوق، سوالی که مطرح می‌شود اینست: آیا غربالگری روتین واژینوز باکتریال، در همه بانوان باردار توصیه می‌شود؟

Response: خیر! چراکه طبق ادعای دنفورث، با غربالگری و درمان واژینوز باکتریال، متأسفانه قادر به کاهش آمار زایمان زودرس نبوده و نخواهیم بود! اما با این حال در شرایط زیر، حتماً و حتماً موظف به غربالگری و درمان بیماران خود می‌باشیم:

- زنان علامت‌دار
 - زنان با سابقه‌ی سرکلاژ
 - دیلاتاسیون زودرس سرویکس (+ سابقه‌ی زایمان زودرس)
- برای به خاطر سپاری موارد فوق، لطفاً از عبارت یادیار زیر استفاده کنید:



۱. در تیترها، هر چقدر مخرج کسر بزرگ‌تر، کسر مورد نظر هم بزرگ‌تر در نظر گرفته می‌شود! (به این ترتیب تیتر ۱:۳۲ بیشتر از تیتر ۱:۱۶ به حساب می‌آید!)



سوال: زمان پیشنهادی برای غربالگری بیماران فوق، چه زمان می‌باشد؟!

Response: برای غربالگری واژینوز باکتریال، بهتر است بیماران خود را در اواخر سه ماهه‌ی دوم، کاندید معاینه لگن و تهیه اسمیر مرطوب بگردانیم؛ البته روش رنگ آمیزی گرم، نیز یک روش تشخیصی جایگزین برای غربالگری واژینوز باکتریال می‌باشد.

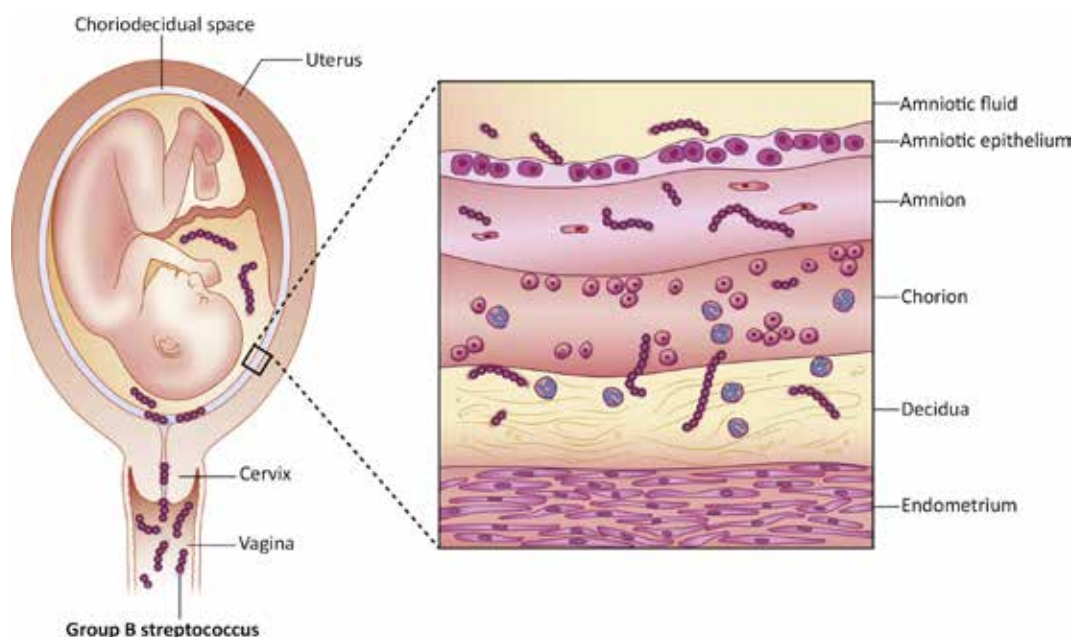
نکته: برای درمان واژینوز باکتریال، هم بهتر است بیماران خود را کاندید دریافت داروهایی همچون مترونیدازول یا کلیندامایسین بنماییم؛ راستی، بعد از اتمام طول دوره‌ی درمان، لازمست با انجام تست مجدد، از بهبودی کامل بیماران خود اطمینان حاصل کنیم؛ چراکه این بیماری، یک بیماری خاموش بوده و ممکن است به صورت کاملاً بدون علامت، پابرجا باقی بماند.

غربالگری جهت استرپتوکوک‌های گروه B

طبق ادعای دنفورت، در حدود ۳۰٪ از بانوان جوان جامعه، شاهد حضور استرپتوکوک‌های گروه B (GBS)^۱ به عنوان قسمتی از فلور نرمال واژن، دستگاه ادراری- تناسلی و حتی دستگاه گوارش می‌باشیم و جالبست بدانیم همین عفونت GBS ممکن است با خطرات زیر در بانوان باردار همراهی داشته باشد:

- آمنیونیت
- اندومتريت
- عفونت زخم جراحی در مادر
- Sepsis نوزادی (در اثر انتقال عمودی، در طول زایمان) و در نتیجه موربیدیتی طولانی مدت و یا مرگ نوزاد.

۱. Group b streptococcus



بنابراین با توجه به شیوع GBS و عوارض دهشتناک حاصل از آن؛ غربالگری آزمایشگاهی این عفونت در تمامی بانوان باردار امریست، کاملاً ضروری. (این موضوع در فالایست که غربالگری گنوره و کلامیدیا و همین‌طور واژینوز باکتریال فقط در شرایط خاص انجام می‌شود. جهت اطلاعات بیشتر، پلیز رک به صفحات ۱۴ و ۳۴)

توجه: برای غربالگری GBS و جلوگیری از عوارض بارداری آن، معمولاً به صورت زیر عمل می‌شود:

- تهیه کشت از منطقه‌ی آنوزینتال (یک سوم تثنائی واژن یا ناهیه‌ی پری‌آنال) در هفته‌ی ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- **نکته:** برای تهیه کشت آنوزینتال در این بیماران، نیازی به کارگذاری اسپیکولوم نیست؛ چراکه کشت نمونه سرویکس در این افراد، اصلاً Reliable نمی‌باشد.
- تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک در حین زایمان، به تمامی بیماران حاوی کشت مثبت (توجه: **په کشت مثبت از منطقه‌ی آنوزینتال، په، U/C مثبت از نظر GBS**)

پیشتر بدانیم: در صورت منفی بودن کشت، پروفیلاکسی GBS بهتر است در موارد زیر انجام شود:

- سابقه سپسیس GBS در نوزاد قبلی
- سابقه‌ی باکتریوری GBS در بارداری فعلی

توجه: در مواردی که به هر دلیل کشت انجام نشده باشد، بهتر است در موارد زیر، پروفیلاکسی GBS انجام شود:

- سابقه سپسیس GBS در نوزاد قبلی
- پره‌ترم لیبر یا PROM طولانی‌تر از ۱۸ ساعت
- تب حین زایمان بیش از ۳۸ درجه سانتی‌گراد
- کشت ادراری مثبت از نظر GBS در همان بارداری

ایست: لطفاً به نکات زیر توجه کنید:

۱. آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک انتخابی در این بیماران، شامل یکی از گزینه‌های زیر می‌باشد:

- پنی‌سیلین یا آمپی‌سیلین
- در صورت حساسیت به پنی‌سیلین: سفالوسپورین یا کلیندامایسین



پنی‌سیلین؛ آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک انتخابی GBS

۲. تقریباً حدود ۱۵٪ از کولونی‌های GBS، نسبت به کلیندامایسین مقاوم هستند، بنابراین، در بیماران حساس به پنی‌سیلین خود، که به هر دلیل قادر به دریافت سفالوسپورین نمی‌باشند، بهتر است حین تهیه‌ی کشت آنوژنیتال، به ارزیابی میزان حساسیت GBS نسبت به کلیندامایسین بپردازیم.

۳. در صورت مشخص نبودن حساسیت GBS، آنتی‌بیوتیک انتخابی برای درمان تجربی این عفونت، در بیماران حاوی حساسیت شدید به پنی‌سیلین = ونکومایسین

۴. در بیماران کاندید C/S، اگر انقباضات رحمی شروع نشده باشد و ممبران‌ها راچر نشده باشند، نیازی به پروفیلاکسی علیه GBS نیست.

سایر ارزیابی‌های آزمایشگاهی

از سایر ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم در بانوان باردار، می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- ارزیابی از نظر HIV و STD، در صورت وجود رفتارهای پرخطر در دوران بارداری
- ارزیابی مکرر هموگلوبین، در خانم‌های با تغذیه‌ی نامناسب و یا علامتدار

سایر اقدامات لازم در بانوان باردار

انجام سونوگرافی روتین

در تمامی بانوان باردار، لازمست حداقل ۲ بار سونوگرافی در زمان‌های پیشنهادی زیر به عمل آید:

- قبل از هفته ۲۰ بارداری؛ به منظور ارزیابی دقیق جنین و اطمینان از عدم وجود ابرمالیتی در وی!
- اواخر ۳ ماهه‌ی دوم؛ به منظور تعیین سن و سلامت جنین و محل جفت

گفتگو با بیماران و خانواده‌ها

در ویزیت‌های بارداری، لطفاً در ارتباط با علائم خطر زیر هشدار دهید و از بیماران خود بخواهید، در صورت بروز هر کدام از این علائم، سریعاً به شما مراجعه نمایند.

- Vaginal Bleeding یا نشت مایع از واژن
- درد شکمی طولانی‌مدت یا افزایش یابنده
- دردهای کرامپی منظم بیش از ۶ بار در ساعت
- دیزوری، تب و لرز، استفراغ طولانی‌مدت یا عدم تحمل تغذیه برای بیش از ۲۴ ساعت
- سردرد مداوم و شدید، تغییرات بینایی، ادم فراگیر
- کاهش بارز دفعات یا شدت حرکات جنین

بررسی وضعیت تغذیه و وزن‌گیری مادر

همان‌طور که می‌دانیم، بین افزایش وزن مادر و وزن‌گیری نوزاد، یک ارتباط خطی مثبت وجود دارد و جالبست بدانیم، BMI مادر قبل از حاملگی (بدون توجه به میزان وزن‌گیری مادر در طی بارداری) می‌تواند بر وزن جنین نیز تأثیرگذار باشد.

میزان مورد انتظار وزن‌گیری مادر در طی بارداری

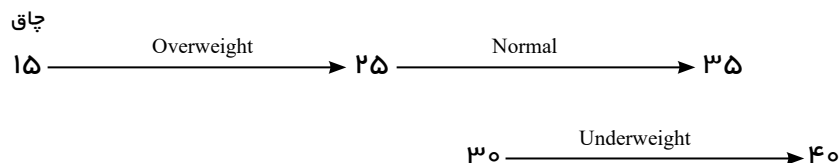
میزان مورد انتظار وزن‌گیری بانوان باردار، در طی دوران بارداری، ارتباط نزدیکی با BMI مادر داشته و معمولاً به صورت زیر می‌باشد:

- بانوان لاغر، با BMI کمتر از ۱۹,۸: ۳۰-۴۰ پوند
- بانوان نرمال با BMI بین ۱۹,۸-۲۶: ۲۵-۳۵ پوند
- بانوان Overweight با BMI بین ۲۶,۱-۲۹: ۱۵-۲۵ پوند

توجه: میزان وزن‌گیری مناسب در بانوان چاق با BMI بیش از ۲۹، حدود ۱۵ پوند می‌باشد.



توجهی دیگر: برای تبدیل واحدهای فوق به کیلوگرم، لطفاً تمامی اعداد فوق را به ۲ تقسیم نمایید! 😊
برای فراگیری آسانتر ارقام فوق، لطفاً به نمودار زیر توجه کنید.



توجه: میزان مطلوب وزن‌گیری، برای بانوانی که BMI نرمال دارند و دوقلو باردار می‌باشند، هم تقریباً ۲۰ کیلوگرم می‌باشد.

ایست: لطفاً به نکات زیر توجه کنید:

- همان‌طور که مشاهده می‌نماییم، هر چقدر BMI مادر بالاتر باشد، افزایش وزن کمتری برای وی در طی بارداری قابل قبول می‌باشد.
- در طی سه ماهه‌ی اول و دوم بارداری، Weight Gain مادر، بیشتر مربوط به افزایش وزن خود مادر و افزایش کلی میزان آب بدن می‌باشد.



- در سه ماهه‌ی سوم، بیشتر اضافه وزن مادر، ناشی از رشد سریع جنین می‌باشد. (توجه: رشد جنین در سه ماهه‌ی سوم، به هرآلتر سرعت خود می‌رسد و وزن جنین بیش از سه برابر افزایش پیدا می‌کند)
- در تعداد زیادی از زنان باردار، ممکن است تا اواسط سه ماهه‌ی دوم، افزایش وزن قابل توجهی مشاهده نگردد، که حتماً باید به مادران اطمینان داد، این الگوی افزایش وزن، نرمال است و وزن‌گیری از هفته ۲۲-۲۰ حاملگی، افزایش می‌یابد.
- افزایش وزن ناکافی، معمولاً ناشی از افزایش نیافتن حجم داخل عروقی است، چراکه در پی وقوع این پدیده (افزایش نیافتن حجم داخل عروقی) قطعاً خون‌رسانی جفت کاهش پیدا می‌کند و همین امر منجر به وقوع عوارضی همچون LBW و IUGR در نوزادان می‌گردد؛ تازه! جالبست بدانیم، با خوردن بیشتر، هم دردی از دردهای این بیماران کم نمی‌گردد.
- در مادران نوجوان (Adolescent)، وزن‌گیری بیش از اندازه شایع‌تر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد که همین امر نیز ممکن است با وقوع عوارضی همچون LBW، پره‌ترم لیبر و ماکروزومی جنین همراهی داشته باشد.
- افزایش وزن بیش از ۳۰ پوند، پس از زایمان به صورت اضافه وزن باقی می‌ماند.

رژیم غذایی

میزان انرژی مورد نیاز یک بانوی باردار، معمولاً حدود ۳۰۰ کیلوکالری بیش از انرژی پایه می‌باشد.

این میزان انرژی را به راحتی می‌توانیم از فرمول زیر مورد محاسبه قرار دهیم:

$$\text{Kcal } 300 + 35 \times \text{وزن مادر} = \text{میزان انرژی مورد نیاز}$$



مکمل‌های لازم

در بانوان باردار با تغذیه‌ی مناسب، نیازی به تجویز مولتی‌ویتامین به صورت روتین نیست؛ اما با این حال خوبست بدانیم که میزان نیاز بانوان باردار، به مکمل‌های ویتامینی و مواد معدنی به شرح زیر می‌باشد:

۱. اسید فولیک (۸۰۰-۱۰۰۰mg روزانه)؛ البته در شرایط زیر بهتر است به فکر تجویز بیشتر اسید فولیک و گاهی ویتامین B12 باشیم:

- مادران مبتلا به هموگلوبینوپاتی و یا موتاسیون MTHFR
- مادرانی با سابقه نقایص لوله عصبی در حاملگی‌های قبلی
- مادرانی که تحت درمان با داروهای ضد تشنج می‌باشند.

۲. آهن المنتال ۳۰ میلی‌گرم روزانه (معادل یک قرص آهن بین وعده‌های غذایی یا قبل از خواب)، در سه ماهه‌ی دوم و سوم حاملگی (البته در بانوان دچار IDA، این میزان باید به ۶۰-۱۲۰mg افزایش یابد)

۳. مس ۲ میلی‌گرم؛ روی ۱۵ میلی‌گرم (هرآکه آهن مانع جذب مس و روی می‌شود)

۴. ویتامین D (بهت اطلاعات بیشتر پلیز رک به صفحه بعد)

توجه: در مورد مصرف اسید فولیک در دوران بارداری که با هم بحثی نداریم! اما سایر ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز در دوران بارداری را لطفاً با عبارت یادیار زیر به خاطر بسپارید.





توجه: در بانوانی که مصرف لبنیات کافی ندارند، هم بهتر است به فکر تجویز کلسیم باشیم؛ آن هم به این صورت:

- ۱۵۰۰-۱۲۰۰mg در بارداری‌های تک قلو

- ۲۰۰۰mg در دوران شیردهی

راستی خوبست بدانیم:

کل آهن مورد نیاز در دوران حاملگی ۱gr است.

آهن به شکل فروس و در PH اسیدی بهتر جذب می‌شود؛ بنابراین در بانوان بارداری که تحت درمان با داروهای H2 Blocker یا PPI قرار دارند، حتماً و حتماً توصیه به مصرف آهن همراه با آب پرتقال و یا مواد حاوی اسید سیتریک نمایید.

در خانم‌های بارداری که لبنیات کافی دریافت می‌کنند، نیازی به افزودن کلسیم به رژیم غذایی نیست، اما در صورت نیاز به مکمل‌های کلسیمی، بهتر است از مکمل‌های کلسیمی حاوی ویتامین D استفاده شود.

تجویز ویتامین D تقریباً در تمامی بانوان باردار توصیه می‌شود (مگر آنکه اغلب بانوان ایرانی از فقر ویتامین D رنج می‌برند)؛ این نکته، به خصوص در موارد زیر، شدیداً توصیه می‌شود:

- بانوان ساکن در مناطق شمالی

- بانوان با سن متوسط میانه‌ی سال‌های ۳۰ (اواسط دهه‌ی چهارم)

یست: آیا می‌دانستید، در صورت کمبود روی در دوران Pregnancy، ممکن است شاهد بروز عوارض زیر در بیماران خود باشیم:

- افزایش شانس عفونت داخل رحمی؛ چراکه این اعتقاد وجود دارد که روی در مایع آمنیوتیک دارای فعالیت ضد میکروبی می‌باشد.

- **وقوع IUGR:** البته همکاران گرامی حتماً دقت کنید، کمبود روی، اگرچه ممکن است با وقوع پدیده‌ی IUGR همراهی داشته باشد، اما خود کمبود روی، علت مستقیم و اصلی وقوع پدیده‌ی IUGR نمی‌باشد.
- افزایش شانس وقوع ترا توژنیسیته در جنین‌های مادران فوق الذکر! البته این مسئله هنوز اثبات نگشته است.

توجه: میزان مورد نیاز روی در دوران بارداری، ۱۵-۲۰ mg می‌باشد.

نکته: در صورت کمبود شدید ید، ممکن است شاهد بروز عوارض زیر در نوزادان باشیم:

- هایپوتیروئیدی
- کرتینیسم



بنابراین لطفاً به این مسئله هم توجه ویژه‌ای داشته باشید.

سایر ملاحظات تغذیه‌ای در دوران بارداری

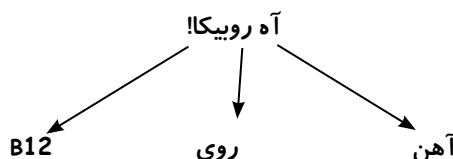
گیاه خواری

در افراد صرفاً گیاهخوار، افزودن مکمل‌های زیر به رژیم غذایی الزامی است:

- آهن
- روی
- B12



عبارت یادیار:



توجه:

- افراد Vegetarian باید از رژیم استفاده بنمایند، که حاوی مقادیر کافی پروتئین‌های گیاهی (به منظور تأمین تمامی اسید آمینه‌های ضروری) باشد.
- Vegetarian هایی که از شیر و تخم مرغ هم استفاده می‌نمایند، تنها کمبود آهن و روی دارند.

محدودیت‌های غذایی

در ارتباط با محدودیت‌های غذایی در دوران بارداری، مطالب زیر خواندنی می‌باشد:

۱. طبق ادعای دنفورت، رژیم گرفتن و روزه‌داری به مدت طولانی (حتی در بانوانی که از سایر بهات سالم می‌باشند) می‌تواند منجر به رشد کمتر از معمول جنین بگردد.

در ارتباط با اختلالات خوردن همچون بولیمیا و آنورکسی (که نمایانگر شکل‌های شدید و افراطی محدودیت غذایی و سوء تغذیه می‌باشند) اطلاعات بسیار کمی در دسترس می‌باشد؛ اما خوبست بدانیم خطرات پیش رو در جنین‌های مادران مبتلا به آنورکسی نوروزا، به مراتب بیش از اختلال بولیمیا می‌باشد، هر چند در بانوان مبتلا به بولیمیا (پرفوری عصبی)، اختلالات الکترولیتی و کمبود عناصر معدنی کمیاب بسیار شایع می‌باشد.

۲. اختلال پیکا (تمایل به مصرف مواد غذایی کم ارزش یا بی ارزش همچون یخ، خاک «ژئوفازیا»، نشاسته «آمیلوفاژیا» و...)، یکی دیگر از اختلالات شناخته شده می‌باشد؛ طبق ادعای دنفورت، اگرچه این اختلال در دوران حاملگی نسبتاً شایع می‌باشد، اما گاهی در انسان‌های غیرباردار جامعه نیز ممکن است شاهد وقوع چنین اختلالی باشیم. راستی خوبست بدانیم در صورتی که رژیم غذایی مادر از هر نظر کافی باشد، پیکا، آسیب مهمی برای جنین ایجاد نخواهد نمود.

۳. بیماری فنیل کتونوری، یکی دیگر از معضلاتیست که برخی مادران باردار، ممکن است با آن مواجه باشند. این بیماران باید رژیم غذایی محدود از نظر اسید آمینه فنیل آلانین دریافت نمایند. (سطح فنیل آلانین سرم مادر باید کمتر از ۲۰mg/dl باشد)

توجه: در صورت عدم رعایت رژیم غذایی فوق، متأسفانه شانس وقوع حوادث زیر در جنین‌های این بیماران افزایش پیدا می‌کند:

- میکروسفالی

- IUGR

- Mental Retardation

مصرف High Dose ویتامین‌ها

مصرف High Dose ویتامین‌های محلول در آب (همپون ویتامین C) در حاملگی خوشبختانه با خطر خاصی همراه نمی‌باشد، چراکه میزان اضافی این ویتامین‌های محلول در آب، به راحتی از ادرار دفع می‌شود، اما متأسفانه مصرف زیاده از حد ویتامین‌های محلول در چربی (همپون ویتامین A) ممکن است در دوران بارداری دوسر ساز باشد (دقیقاً مشابه عوارض آکوتان «ایزوترتینوئین»)

توجه: حداقل دوز تراژون ویتامین A در انسان چیزی حدود ۱۰۰۰۰ U/day و حداکثر دوز Safe تجویزی ویتامین A، حدود ۵۰۰۰ U/day می‌باشد.

نکته: بتاکاروتن پیش‌ساز ویتامین A در بدن انسان می‌باشد، اما خوشبختانه (برفلاف ویتامین A) فاقد هرگونه سمیت برای بدن انسان می‌باشد.

کافئین

همان‌طور که می‌دانیم، در موادی همچون قهوه، چای، شکلات و نوشیدنی‌های حاوی کولا، شاهد مقادیر نسبتاً قابل توجهی کافئین می‌باشیم؛ طبق مطالعات انجام شده، مصرف مقادیر بسیار زیاد کافئین در حیوانات، ممکن است با آثار تراژونیسیته و سوءای بر جنین همراهی داشته باشد. اما خوشبختانه در مصرف مقادیر کم کافئین (در انسان) هیچ آثار نامطلوبی بر روی جنین مشاهده نشده است. اما با این حال مصرف بیش از ۲ یا ۳ فنجان کافئین در روز در طی بارداری توصیه نمی‌شود؛ چراکه با افزایش خطر وقوع سقط در بیماران همراهی خواهد داشت.

توجه: از سایر عوارض سوء کافئین در مادر (در طی دوران بارداری) می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- بی‌خوابی
- سوء هاضمه‌ی اسیدی
- ریفلاکس
- و تکرر ادرار

و از آنجا که این مشکلات، خود! در طی حاملگی تشدید می‌گردند، بنابراین در طول دوران حاملگی، بایستی مصرف کافئین مورد تعدیل قرار گیرد.

جراحی Bariatric معده

طبق ادعای دنفورث، بانوانی که تحت عمل جراحی Bariatric معده (به منظور رفع پاقی) قرار گرفته‌اند، در معرض خطر افزایش یافته‌ای از مشکلات تغذیه‌ای هستند، چراکه:

۱. ترکیباتی همچون کلسیم و آهن، در PH اسیدی معده به مراتب بهتر مورد جذب قرار می‌گیرند، اما در این بیماران با توجه به نوع عمل جراحی انجام شده، معمولاً شاهد کاهش ترشح اسید و اختلال در جذب عنصرهای فوق خواهیم بود. بنابراین در مواجهه با این بیماران حتماً به فکر تجویز مکمل‌هایی همچون اسید سیتریک و ویتامین D باشید.
۲. همان‌طور که می‌دانیم، برای جذب روده‌ای ویتامین B12، حضور عنصری با نام فاکتور داخلی (ساقته شره توسط معده) ضروری می‌باشد، اما در این بیماران متأسفانه باز هم خبری از حضور کافی ویتامین B12 نمی‌باشد، بنابراین در این بیماران حتماً و حتماً به فکر تجویز ویتامین B12 تزریقی و یا ترکیباتی از ویتامین B12 که دارای جذب دهانی می‌باشند، باشید.

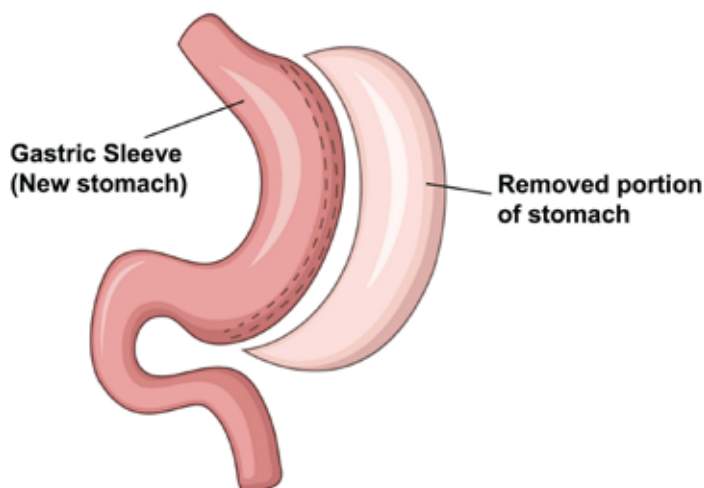
توجه: کمبود ویتامین B12 در مادران باردار، ممکن است با عوارض زیر همراهی داشته باشد:

- آنومالی‌های جنینی
- سقط
- FTT

۳. با توجه به این که این بیماران، تنها قادر به دریافت مقادیر کمی غذا (آن هم در وعده‌های منقسم) می‌باشند، حتماً به فکر انجام یک مشاوره‌ی تغذیه‌ای برای بیمار (برای دریافت میزان کافی پروتئین) باشید.

در اولین ویزیت بارداری بانوانی که تحت عمل جراحی بای‌پس معده قرار گرفته‌اند، موظف به انجام مجموعه اقدامات زیر می‌باشیم:

- اندازه‌گیری سطح ویتامین B12
- تجویز مکمل روزانه‌ی ویتامین B12 (به میزان ۵۰۰mcg)

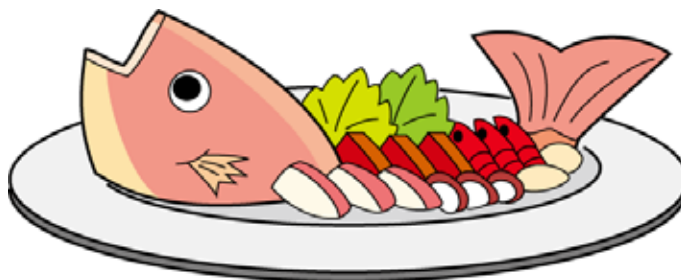


غذاهای دریایی

همان‌طور که می‌دانیم، غذاهای دریایی معمولاً حاوی مقادیر قابل توجهی از مواد توکسینی همچون جیوه می‌باشند و در صورت مصرف بیش از حد غذاهای دریایی، در دوران بارداری، قطعاً شاهد افزایش سطح جیوه در خون بندناف، خون و بافت‌های مادری خواهیم بود، که این مسئله اصلاً مسئله‌ی خوشایندی برای ما، مادر و جنین! نخواهد بود، چراکه جیوه یک ماده‌ی تراتورژن بوده و عملاً یک توکسین عصبی برای جنین و کودک؛ بنابراین لطفاً حتماً! به این مسئله در طی دوران بارداری توجه ویژه‌ای داشته باشید و مصرف غذاهای دریایی در دوران بارداری را تا حدودی محدود نمایید (هرگز ۲ وعده در هفته)

در ضمن مصرف اره ماهی، کوسه، ماکرل (Mackerel) و Tile Fish (که حاوی جیوه زیادی هستند) را در بیماران خود، ممنوع اعلام نمایید.

توجه: هر چه یک ماهی، بزرگتر و مسن‌تر باشد، قطعاً حاوی جیوه‌ی بیشتری هم خواهد بود.



ورزش و بارداری

طبق ادعای دنفورث، تمامی بانوان باردار حاوی یک حاملگی طبیعی می‌توانند در طول دوران بارداری خود، یک برنامه‌ی ورزشی سبک، را در دستور کار خود داشته باشند. البته حتماً دقت کنید با توجه به تغییرات فیزیولوژیک حاملگی، انجام یک سری حرکات خاص، در طی این دوران ممنوع می‌باشد، چراکه در حین انجام عملیاتی همچون بی‌حرکت ایستادن به مدت طولانی یا قرار گرفتن در وضعیت

طاقباز (Supine)، ممکن است شاهد تشدید اختلال در Venous Return (بالافس در سه ماهه سوم حاملگی) و در نتیجه وقوع هایپوتشن و سنکوپ در بیماران خود باشیم.

اما در ادامه‌ی بحث جذاب ورزش در دوران بارداری، لطفاً به نکات زیر توجه نمایید:

۱. ورزش، روشی برای کنترل وزن، در دوران بارداری نمی‌باشد.
۲. ورزش متوسط، هرگز سبب بالا رفتن دمای مرکزی بدن مادر و در نتیجه جنین نمی‌گردد، در ضمن، ورزش متوسط مادر (هراکثر ۷۵-۶۵٪ ظرفیت هوازی)، باعث بالا رفتن سرعت ضربان قلب جنین نمی‌شود.
۳. در ارتباط با ورزشکاران حرفه‌ای که در طی دوران بارداری، نیز شدیداً ورزش می‌کنند، مسئله‌ی نگران کننده‌ای وجود ندارد؛ البته این افراد ممکن است صاحب نوزادانی شوند با وزنی حدود ۳۰۰-۴۰۰ گرم کمتر از حد نرمال.
۴. در مورد بانوانی که قبل از دوران بارداری فعالیت ورزشی نداشته‌اند، توصیه می‌شود در طی دوران بارداری (در صورت علاقه به انجام ورزش) فعالیت خود را به تدریج افزایش دهند.

سوال: لطفاً در ارتباط با فواید انجام ورزش در طی دوران بارداری اندکی توضیح دهید؟!

Response: طبق ادعای دنفورث، با انجام ورزش در طی دوران بارداری قطعاً

شاهد آثار مفید زیر در بیماران خود خواهیم بود:

- کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس
- کاهش طول مدت لیبر
- کنترل قندخون در اکثر زنان مبتلا به دیابت حاملگی

توجه: انجام توصیه‌های زیر به تمامی بانوان

علاقمند به ورزش، در طی دوران بارداری، امری واجب می‌باشد:



- ورزش باید منظم باشد و نه گاه‌به‌گاه و منقطع.

- ورزش بایستی ترجیحاً در یک محل خنک صورت بگیرد (به منظور جلوگیری از گرم شدن مفرط مادران باردار)

- مصرف مایعات فراوان در حین ورزش امری واجب و ضروری می‌باشد.

- در سه ماهه دوم و سوم بارداری، بایستی از انجام ورزش‌هایی که مستلزم قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به پشت (Supine) به مدت طولانی می‌باشند، اجتناب کنند.

- شکل ورزش انتخاب شده، نباید به گونه‌ای باشد که خطر ضربه به شکم و یا سقوط در آن زیاد باشد.

- در صورت بروز علائم زیر بایستی ورزش را متوقف کرد:

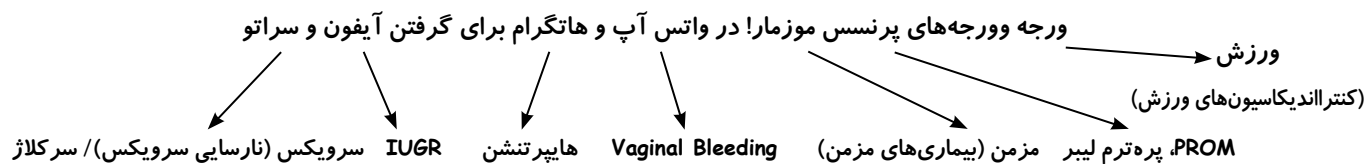
- خستگی بیش از حد

- سرگیجه
- تنگی نفس مفرط
- میزان دریافت کالری، بایستی متناسب با ورزش افزایش پیدا کند.

توجه: از مهم‌ترین کنتراندیکاسیون‌های نسبی ورزش، در طی دوران بارداری می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- شواهد IUGR
- Vaginal Bleeding مداوم و پایدار
- وجود ریسک فاکتورهای پره‌ترم لیبر در مادر
- PROM
- هایپرتنشن ناشی از حاملگی
- نارسایی سرویکس و یا سرکلاژ آن
- بیماری‌های مزمنی که ممکن است در اثر ورزش تشدید شوند.

عبارت یادیار



پرنسس موزمار هستن 😊

بررسی سایر C.C های شایع در دوران بارداری

Nausea & Vomiting

همان‌طور که می‌دانیم، تقریباً در بیش از نیمی از بارداری‌ها، شاهد وقوع تهوع و استفراغ‌های مکرر در سه ماهه‌ی اول بارداری می‌باشیم؛ دنفورت می‌گوید، در گذشته‌های نه چندان دور از اصطلاح **Morning Sickness** برای توصیف این بیماری استفاده می‌شد، اما خوبست بدانیم، که Nausea & Vomiting های زمان بارداری بر خلاف لقب Morning Sickness، در هر زمانی از شبانه‌روز ممکن است به وقوع بپیوندد.

توجه: شروع این علائم، معمولاً بین هفته‌های ۸-۶ حاملگی می‌باشد؛ در طی هفته‌های ۱۴-۱۲ حاملگی شاهد به اوج رسیدن این علائم می‌باشیم و بالاخره، تا هفته‌ی ۲۲ حاملگی معمولاً این علائم به میزان چشم‌گیری بهبود می‌یابند.



نکته: Nausea & Vomiting های شدید دوران بارداری، از ۳ دیدگاه برای ما حائز اهمیت می‌باشند:

- دهیدریشن
- اختلال الکترولیتی
- اختلال تغذیه

نکته: معمولاً با انجام اقدامات و توصیه‌های زیر قادر به کنترل Nausea & Vomiting های دوران بارداری می‌باشیم:
اقدامات غیر دارویی همچون:

- اجتناب از خوردن غذاهای پرچرب یا پر ادویه
- کاهش حجم و افزایش دفعات وعده‌های غذایی
- نوشیدن چای زنجبیل
- استنشاق بخور نعناع

- فشار بر نقطه‌ی Neiguan در مچ دست یا استفاده از مچ بندهای مخصوص بیماری حرکت
- تجویز ویتامین B6 (25mg BD or TDS)

توجه: در موارد شدید، از داروهای زیر می‌توان برای کنترل بیماری استفاده نمود:

- داروهای آنتی‌هیستامین
- پرومتازین
- داکسی‌لامین
- تری‌متوبنزامید
- پلازیل (متوکلوپرامید)
- متیل پردنیزولون
- آنتاگونیست‌های سروتونین 5-Ht3 مانند اندانسترون (Ondansetron)

پهچه‌ها مواظب باشین: برم فنیرامین یکی از داروهای گروه آنتی‌هیستامین می‌باشد که به شدت تراتوژن بوده و تجویز آن در دوران بارداری ممنوع می‌باشد.

توجه: در حضور عوامل زیر، ممکن است شاهد تشدید هایپر‌امیزیس در بیماران خود باشیم:

- هایپر تیروئیدی
- عفونت H. Pylori
- مصرف مکمل‌های ویتامینی و معدنی (مصرف مواد فوق‌الزکر را می‌توان تا زمان بهبود علائم به تأخیر انداخت)



نکته: خانم‌های باردار دچار Nausea & Vomiting، ممکن است از وزن‌گیری کم در ۱۸ هفته اول بارداری نگران باشند؛ اما لطفاً حتماً به این افراد در مورد طبیعی بودن این مسئله (افزایش وزن اندک در ۱۸ هفته اول بارداری) اطمینان دهید.

پتیالیسم

همان‌طور که می‌دانیم، اصطلاح پتیالیسم، اشاره به افزایش تولید بزاق در یک انسان دارد که معمولاً با مصرف نشاسته شاهد تحریک و تشدید این وضعیت خواهیم بود.

توجه: برای کنترل علائم این بیماران، معمولاً توصیه به کاهش مصرف کربوهیدرات می‌گردد. (نکته: این بیماری، فاقد درمان قطعی و مشخص می‌باشد، اما در غالب موارد، معمولاً شاهد رفع فوری علائم بیماران می‌باشیم)

Heart Burn

یکی دیگر از شکایات شایع در دوران بارداری، **Heart Burn** (سوزش سردل) می‌باشد، چراکه در این دوران، معمولاً شاهد اثرات فشاری و مکانیکال رحم بر روی معده می‌باشیم؛ از طرف دیگر به علت غالب بودن هورمون پروژسترون در طی دوران بارداری، شاهد شل شدن نسبی اسفنکتر LES می‌باشیم که همه‌ی عوامل فوق دست به دست یکدیگر داده و زمینه را برای تشدید آلام بیماران فراهم می‌آورند.



توجه: برای تخفیف علائم Heart Burn در بیماران خود، می‌توانیم از اقدامات غیردارویی و دارویی زیر سود بجویم:

اقدامات غیردارویی همچون:

- پرهیز از مصرف غذاهای اسیدی و پر ادویه، در هر وعده غذایی
- کاهش حجم غذا و مایعات در هر وعده غذایی
- محدود کردن مصرف مایعات و مواد غذایی قبل از خواب
- خوابیدن در وضعیت Semi Flower (نیمه نشسته)؛ یا بالا بردن سر با استفاده از بالش و اقدامات دارویی نظیر:

- تجویز داروهای Anti Acid (در قرم اول)
- یا داروهای خانواده‌ی H2 Blockers
- و در موارد شدید: تجویز PPI

بچه‌ها مواظب باشین: مصرف مزمن داروهای آنتی‌اسید، ممکن است با جذب آهن و کلسیم تداخل ایجاد نماید.

بچه‌ها باز هم مواظب باشین: در صورت همراهی Heart Burn با علائمی همچون درد اپی‌گاستر، لطفاً حتماً به فکر Dx پره‌اکلامپسی یا سندرم HELLP باشید و همه چیز را به حساب مشکلات گوارشی نگذارید! (با کنترل ساده فشار خون بیمار، می‌توانید تا هرود زیادی تکلیف بیمار را مشخص نمایید)

Constipation

همان‌طور که می‌دانیم، خانم‌های باردار، در دوران Pregnancy، به ۲ علت مستعد وقوع Constipation می‌باشند:

- غالب بودن هورمون پروژسترون در دوران بارداری و در نتیجه شل شدن عضلات روده
- تشدید علائم بیماران با مصرف فرآورده‌های آهن



توجه: برای درمان این بیماران، معمولاً از روش‌های زیر استفاده می‌شود:

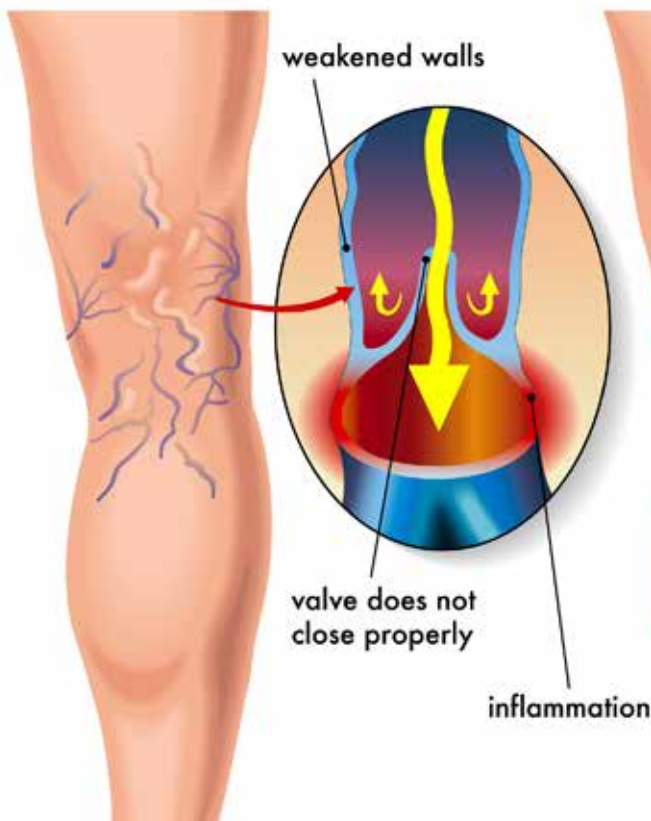
- افزایش مصرف مایعات
- افزایش مصرف فیبر
- استفاده از ملین‌های ملایم نظیر پسیلیوم

بچه‌ها مواظب پاشین: در دوران بارداری به هیچ وجه مجاز به استفاده از ملین‌های قوی یا انجام عملیاتی همچون انما نمی‌باشیم.

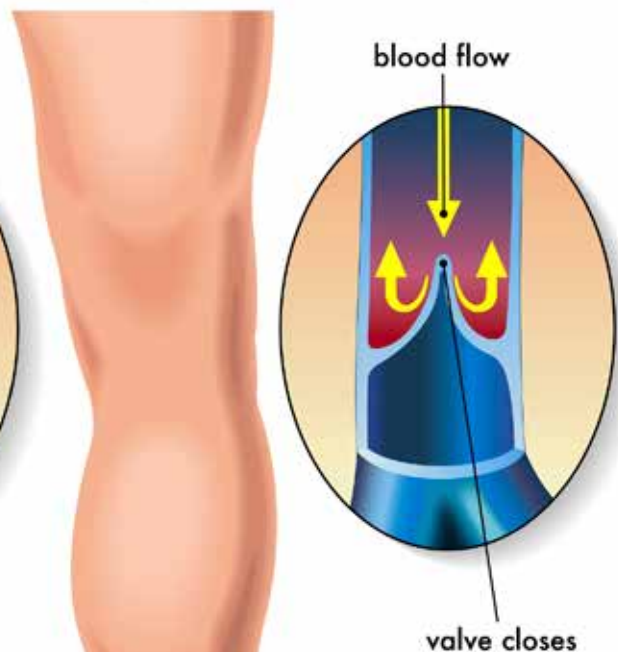
واریس

یکی دیگر از مشکلات نسبتاً شایع در دوران بارداری، تشکیل واریس در اندام تحتانی و یا ناحیه وولو می‌باشد؛ که تظاهرات آن ممکن است از اثرات ناچیز آن، بر زیبایی ظاهری تا ایجاد درد مزمن و ترومبوفلیت سطحی متغیر باشد.

Varicose Veins



Healthy Veins



از مهم‌ترین ریسک فاکتورهای تشکیل واریس در دوران بارداری می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- استعداد ژنتیکی
- بالابودن سن مادر
- افزایش دفعات حاملگی
- ایستادن‌های طولانی‌مدت

نکته: برای درمان بیماران بیماراران حاوی واریس‌های ساده، معمولاً از توصیه‌های زیر استفاده می‌شود:

- پرهیز از پوشیدن لباس‌های تنگ که به زانو یا بالای ساق پا فشار وارد می‌کنند.
- استفاده از جوراب‌های الاستیک
- افزایش مدت استراحت، توأم با بالا بردن پاها

در صورت وجود شواهد ترومبوفلیت سطحی، انجام اقدامات زیر ضروری می‌باشد:

- ارزیابی بیمار از نظر وجود ترومبوفیلی
- در صورت تأیید ترومبوفیلی $\Rightarrow$ تجویز LMWH به مدت ۵-۷ روز
- ارزیابی بیماران از نظر وجود DVT‌های مخفی

هموروئید

در دوران بارداری، معمولاً به دلایل زیر شاهد افزایش بروز هموروئید می‌باشیم:

- فشار مکانیکی رحم
 - غالب بودن هورمون پروژسترون و تشدید Constipation در بیمار
- برای درمان این بیماران، معمولاً به این صورت عمل می‌کنیم:
- تجویز ترکیبات موضعی آنتی‌هموروئید
 - استفاده از نرم‌کننده‌های مدفوع و لگن آب گرم
 - و در صورت وقوع هموروئید ترومبوزه: انجام عمل جراحی و اکسیژن‌یون لخته

خستگی در دوران بارداری

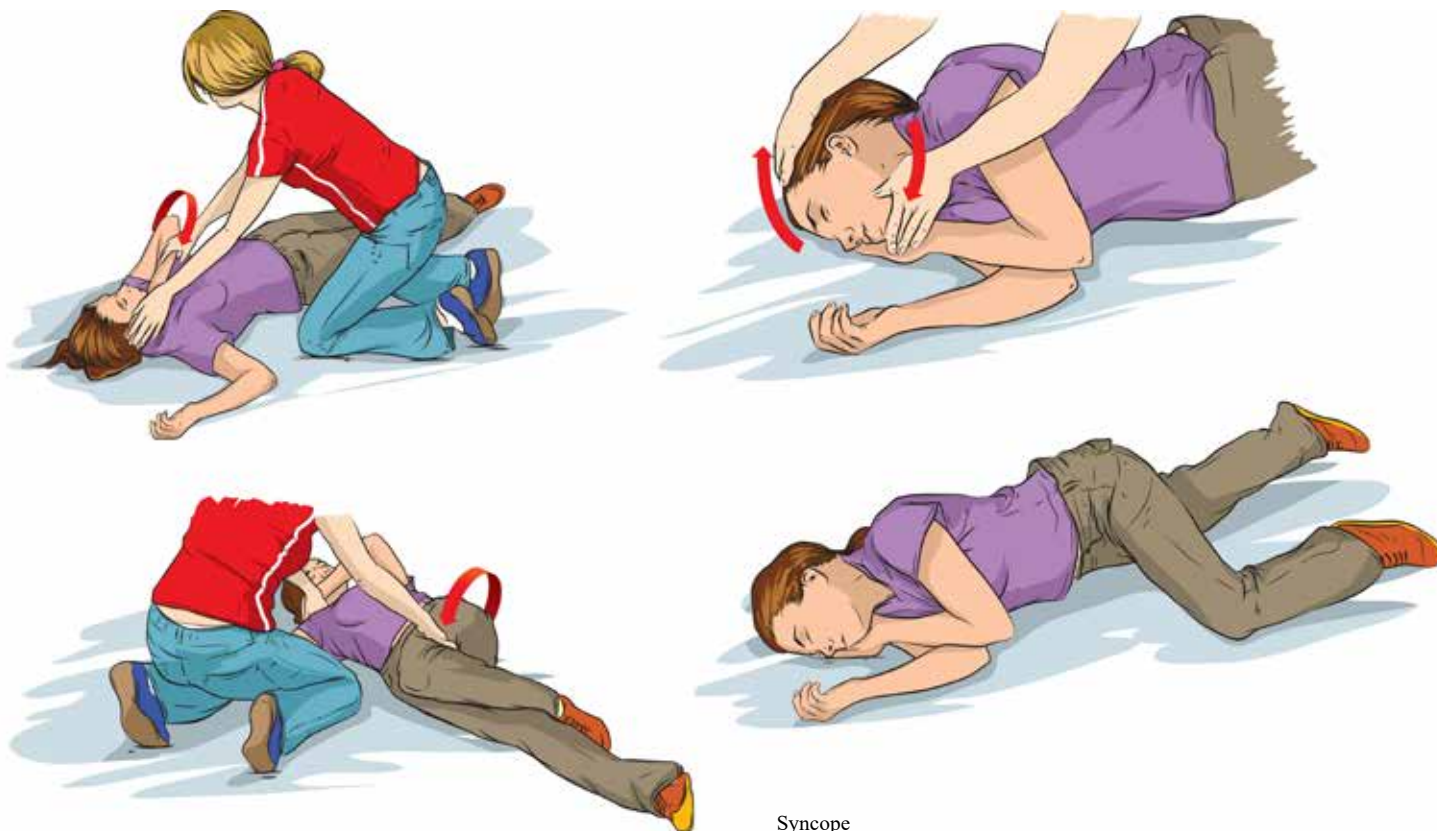
در زنان باردار، ممکن است شاهد شکایات مربوط به خستگی باشیم، که باید به آن‌ها اطمینان دهیم این موضوع کاملاً طبیعی است!

در ضمن به دلیل تحریک مرکز تنفس توسط پروژسترون، احساس تنگی نفس (البته نه در هر شریک) طبیعی می‌باشد.



سنکوپ

همان‌طور که می‌دانیم، با پیشرفت حاملگی، معمولاً شاهد تشدید احتقان وریدهای اندام تحتانی می‌باشیم که همین امر بیماران را به شدت مستعد وقوع سرگیجه و یا احساس سبکی در سر (مفهومياً به دنبال برافاستن ناگهانی و یا ایستادن به مدت طولانی) می‌گرداند.



Syncope

از سایر علل سنکوپ در دوران بارداری، می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- دهیدریشن
- هایپوگلیسمی
- صرف یک وعده غذایی حجیم (و در نتیجه انحراف جریان خون بیمار به سمت معده)
- ورزش شدید

توجه: درمان Syncope در دوران بارداری، مشابه Syncope‌های به وقوع پیوسته در دوران غیرحاملگی می‌باشد؛ اما حتماً توجه داشته باشید، خوابیدن در وضعیت Supine (به ویژه در ۳ ماهه سوم بارداری)، در این بیماران اصلاً توصیه نمی‌شود؛ چراکه در این وضعیت، معمولاً شاهد افزایش فشار بر روی ورید SVC و کاهش بازگشت وریدی می‌باشیم. بنابراین لطفاً حتماً از بیماران خود بخواهید در وضعیت خوابیده به پهلو استراحت نمایند.

پچه‌ها (مواظب باشیم): در Syncope‌های راجعه دوران بارداری، تجویز یک داروی آنتاگونیست سروتونین همچون پاروکستین ضروری می‌باشد. در ضمن در صورت تشدید بودن این Syncope‌های راجعه، انجام هولتر مانیتورینگ به منظور بررسی بیمار از نظر وقوع تاکی آریتمی هم ضروری می‌باشد.

پیشتر بدانیم: جناب دنفورث در فصل داروها و بارداری (صفحه ۳۲۴ همین کتاب) می گوید، تجویز پاروکستین با افزایش بروز آنومالی های قلبی و پولمونری هایپر تنشن مزمن همراهی دارد و تجویز این دارو در خانم های باردار و یا افرادی که قصد بارداری دارند ۱۰۰٪ ممنوع می باشد. (صرفاً جهت اطلاعات عمومی)

اختلال خواب

یکی دیگر از C.C های شایع در دوران بارداری، وقوع اختلال خواب در بیماران، ثانویه به پدیده های آزار دهنده ای همچون فرکوئنسی، ریفلاکس و احساس ناراحتی فیزیکی ناشی از رشد جنین می باشد.

از دیگر تغییرات الگوی خواب بانوان باردار می توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- افزایش Snoring (فِر و پف کردن) در ۳۰٪ موارد
- کم شدن خواب REM
- واضح تر شدن رویاها

توجه: برای درمان اختلالات فوق، معمولاً از داروهای گروه آنتی هیستامین (به عنوان خط اول درمان) استفاده می گردد.

سندرم پاهای بی قرار (Restless leg Syndrome)

Restless leg Syndrome یکی دیگر از شکایات شایع در دوران بارداری می باشد؛ طبق ادعای دنفورث، حداقل ۲۵٪ بانوان، در طی دوران بارداری، علائم مربوط به Restless leg Syndrome را تجربه می کنند (آن هم به این شرح)



- نیاز به تکان دادن مرتب پاها و ساق پاها
- وجود پارستزی و گرفتگی در اندام تحتانی
- بدتر شدن علائم در طول شبها

توجه: علائم این سندرم معمولاً با کمبود آهن همراهی دارد. بنابراین لطفاً حتماً به فکر تجویز داروهای مکمل آهن در این افراد باشید.

کرامپ های دردناک اندام تحتانی

تقریباً نیمی از بانوان باردار، از کرامپ عضلات اندام تحتانی، به خصوص در ناحیه ی پشت ساق پا شاکی می باشند. این کرامپ ها معمولاً شب هنگام و در طی ۳ ماهه سوم بارداری شایع تر می باشند.



توجه: برای تخفیف آلام این بیماران، اقدامات زیر توصیه می‌شود:

- تجویز کلسیم لاکتات
- توصیه به استفاده از غذاهای سرشار از پتاسیم مانند موز، کیوی و طالبی
- در ضمن ماساژ دادن، حرارت و کشش عضلات دیگر، می‌تواند به تخفیف علایم کمک کند.

Back Pain

همان‌طور که می‌دانیم، با پیشرفت حاملگی معمولاً شاهد وقوع Back Pain در غالب بانوان باردار می‌باشیم که البته با انجام توصیه‌های زیر، معمولاً شاهد رفع آلام بیماران می‌باشیم:

- کاهش مدت زمان ایستادن
- افزایش زمان استراحت
- استفاده از کمربندهای مخصوص
- مصرف داروهای مسکن نظیر استامینوفن
- انجام ورزش‌های تقویت کننده عضلات شکم و کمر
- عدم استفاده از کفش‌های پاشنه بلند

اما با این حال حتماً توجه داشته باشید:

در صورت بروز کمردرد ناگهانی و یا وقوع کمردردهای شدیداً افزایش یابنده، انجام مشاوره ارتوپدی ضروری می‌باشد.
در ضمن دردهای کرامپی منظم (ریتمیک) که از ناحیه پشت شروع می‌شوند، ممکن است نشانه‌ای از Preterm Labor باشند.

Round Ligament Pain

این درد، معمولاً در سه ماهه دوم بارداری (به صورت یک درد تیز یک یا دو طرفه در تاهی اینگوینال) به وقوع می‌پیوندد.

در ضمن، این درد، با حرکت ناگهانی یا تغییر وضعیت بدن تشدید شده و در حالت Posision سجده کاهش می‌یابد.

Headache

همان‌طور که می‌دانیم، در دوران بارداری (مخصوصاً سه ماهه اول دوره بارداری)، ممکن است شاهد وقوع سردردهای ژنرالیزه در بیماران خود باشیم؛ در ضمن سردردهای تنشی - عضلانی نیز یکی دیگر از مشکلات شایع در دوران بارداری می‌باشد. در ضمن خوبست بدانیم، شدت و دفعات سردردهای میگرنی، در طول دوران بارداری ممکن است افزایش و یا کاهش پیدا کند.

بچه‌ها مواظب باشین: سردرد در سه ماهه دوم و سوم بارداری، اصلاً و ابداً نباید به حساب بارداری گذاشته شود و بررسی از نظر عوارض مهم بارداری همچون پره‌اکلامپسی ضروری می‌باشد.



تغییرات هیجانی

در دوران بارداری، به علت افزایش سطح هورمون جفتی آزاد کننده‌ی کورتیکوتروپین، ممکن است شاهد افزایش بروز استرس‌های روانی باشیم.

Sex Contact

در ارتباط با Sex Contact در طول دوران بارداری، لطفاً به نکات زیر توجه کنید:

- محدود کردن Sex Contact در طول بارداری طبیعی لازم نیست.
- بسیاری از زنان، در طول دوران بارداری راحت‌تر به ارگاسم می‌رسند.
- در برخی از زنان نیز، شاهد کاهش Libido به ویژه در سه ماهه‌ی اول و سوم می‌باشیم.
- با تحریک نیپل، Intercourse و ارگاسم، ممکن است شاهد انقباضات رحمی در بانوان باردار باشیم (به علت آزادسازی پروستاگلندین و اکسی‌توسین)؛ اما خوشبختانه این انقباضات رحمی فاقد آثار سوء بر روی جنین و شروع لیبر می‌باشند.

توجه: در موارد زیر، Sex Contact در دوران بارداری ممنوع می‌باشد:

PROM

- وجود جفت سر راهی

تغییرات مربوط به پوست و مو در دوران بارداری

در دوران بارداری، معمولاً شاهد افزایش رشد موهای بانوان باردار می‌باشیم، اما این مسئله یک مسئله کاملاً گذرا می‌باشد و اغلب این بانوان معمولاً ۴-۱ ماه بعد از وضع حمل، دچار ریزش موی ناگهانی می‌گردند. (البته در مدت ۶-۱۲ ماه، معمولاً رشد موها طبیعی می‌شود) راستی در دوران بارداری، معمولاً رنگ پوست صورت و خط میانی شکم، تیره می‌شود.



پچها مواظب باشیم: در صورت مواجهه با هرگونه تغییر رنگ خال در دوران بارداری، انجام اکسیژون خال با انجام عمل جراحی، ضروری می‌باشد.

ترشحات واژینال

در دوران بارداری، معمولاً میزان ترشحات واژینال بانوان باردار افزایش پیدا می‌کند (که این مسئله، در غالب موارد یک مسئله‌ی فیزیولوژیک می‌باشد و نیاز به هیچ‌گونه اقدام خاصی ندارد)؛ اما همکاران گرامی توجه داشته باشید، در صورت غیرطبیعی بودن ترشحات (مانند بدبو بودن ترشحات، همراهی با قارش یا سوزش) درمان بیماران حتماً و حتماً ضروری می‌باشد.

توجه: استفاده از دوش واژینال در دوران بارداری، برای درمان لکوره، هیچ جایگاهی نداشته و نخواهد داشت.

بچه‌ها مواظب پاشین: گاهی افزایش ترشحات آبکی در دوران بارداری، ممکن است به علت وقوع پدیده‌ی **Preterm Labor** باشد. بنابراین حتماً به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته باشید و مواظب باشید Case ای را Missed ننمایید. (با تشکر)

اشعه X و پرتوهای یونیزان

در دوران بارداری، حتی الامکان از انجام رادیاسیون‌های مکرر با اشعه X (به ویژه در سه ماهه‌ی اول بارداری) اجتناب نمایید، در ضمن بهتر است از انجام مطالعاتی که در آن‌ها از ایزوتوپ‌های رادیواکتیو استفاده می‌شود، خودداری نمود. راستی در صورت استفاده از اشعه X در خدمات دندانپزشکی، بایستی به فکر پوشاندن شکم بیمار توسط یک پوشش سربی باشیم.

مسافرت خانم‌های باردار

در مسافرت‌هایی که نیازمند نشستن طولانی هستند، حتماً به مادران باردار توصیه نمایید، پاهای خود را در حالت کشیده نگاه دارند و هر ۲ ساعت به مدت ۱۰ دقیقه اقدام به راه رفتن نمایند، تا احتمال خطر DVT در این افراد به حداقل برسد. استفاده از کمربند ایمنی در این بیماران، هیچ ممنوعیتی ندارد. مسافرت با هواپیما نیز هیچ خطر اضافه‌ای برای مادران باردار ندارد.

واکسیناسیون در دوران بارداری

در ارتباط با مسئله‌ی واکسیناسیون در دوران بارداری، نکات زیر خواندنی می‌باشد:

۱. تجویز واکسن‌های حاوی ویروس زنده (همپون موارد زیر)، در دوران بارداری دارای کنتراندیکاسیون نسبی می‌باشد:

• MMR (سرکک، سرقهه، اوریون)

• آبله مرغان

• تب زرد

عبارت یادبار

امروزتان آبی؛ فردایتان زر زری!

MMR آبله مرغان تب زرد



توجه: علی‌رغم ممنوعیت نسبی واکسن MMR در دوران بارداری، تاکنون خوشبختانه هیچ موردی از بروز سندرم سرخجه مادرزادی به دنبال مصرف سهوی این واکسن گزارش نشده است.

۲. در مورد واکسن هاری، احتمال بروز خطرات جنینی، هنوز مشخص نیست و اندیکاسیون‌های تزریق آن، مشابه افراد غیرحامله است.

۳. تجویز واکسن‌های زیر در دوران بارداری کاملاً Safe می‌باشد:

- واکسن آنفلونزا
- توکسوئید کزاز
- واکسیناسیون هیپاتیت B
- تجویز ایمونوگلوبین در صورت تماس حاد با افراد مبتلا به هیپاتیت A

ایست: لطفاً به نکات زیر توجه کنید.

تجویز واکسن آنفلونزا، به تمامی بانوان باردار توصیه می‌شود.

همان‌طور که در صفحه ۴ اشاره شد، یکی از وظایف مهم ما در ویزیت‌های پیش از بارداری، تعیین ایمنی مادر نسبت به سرخجه، آبله‌مرغان و هیپاتیت می‌باشد؛ در صورت عدم ایمنی در مقابل آبله‌مرغان، تجویز واکسن واریسلا هم ضروری می‌باشد؛ اما از آن‌جا که این واکسن، یک واکسن ویروسی زنده (با تفکیف شدت) می‌باشد، بیماران تا یک ماه بعد از تجویز واکسن حق بارداری ندارند. (البته کلاً بهتر است بین واکسیناسیون و بارداری بیمار، ۳ ماه فاصله باشد)

همان‌طور که اشاره شد، واکسیناسیون هیپاتیت B در دوران بارداری (در صورت لزوم) بلامانع است.