

مراقبت های پره ناتال

ارائه دهنده: زهره میرکازهی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر



نشانه ها و علائم:

آمنوره

❖ قطع شدن ناگهانی قاعدگی در زنان سالمی که در سنین باروری قرار دارند و قبلاً دارای قاعدگی های خودبه خود، سیکلیک (چرخه ای) و قابل پیش بینی بوده اند، قویا موید حاملگی است

❖ آمنوره فقط در صورتی از شواهد قابل اعتماد حاملگی محسوب می شود که ۱۰ روز یا بیشتر از زمان مورد نظر شروع خونریزی قاعدگی سپری شده باشد

❖ گاهی اوقات بعد از بروز حاملگی خونریزی رهمی تا حدودی موید قاعدگی است رخ می دهد در جریان ماه اول حاملگی ، این دوره های خونریزی احتمالا ناشی از لانه گزینی بلاستوسیت هستند

❖ خونریزی سه ماهه اول عموما ارزیابی را از نظر حاملگی غیرطبیعی را ضروری می سازد

تغییرات دستگاه تناسلی تفتانی

❖ در جریان حاملگی، مفاصل واژن به رنگ قرمز متمایل به آبی پررنگ و با ظاهر پرفون (ممتقن) دیده می شود این نشانه چادویک (CHADWICK) می گویند

❖ نشانه چادویک گرچه از شواهد قریب به یقین حاملگی است اما نشانه قطعی محسوب نمی شود

❖ با پیشرفت حاملگی، نرم شدن سرویکس افزایش پیدا می کند و در اثر مصرف کنتراستیه های استروژنی- پروژسترونی نیز ممکن است سبب نرم شدن سرویکس می شود

❖ با پیشرفت حاملگی، سوراخ خارجی سرویکس و مجرای سرویکس ممکن است تا حدی فراخ شود که بتوان نوک انگشت را وارد آن کرد اما با وجود این سوراخ داخلی باید بسته بماند

❖ افزایش پشمگیر ترشح پروژسترون که در ارتباط با حاملگی رخ می دهد بر قوام و ظاهر میکروسکوپیکی موکوس سرویکس تاثیر می گذارد

❖ مشاهده الگوی شافه شافه موکوس (فرنینگ) که به طور تیپیک در اواسط سیکل قاعدگی دیده می شود حاملگی را غیر محتمل می

تغییرات رحم

❖ در چند هفته اول حاملگی، اندازه رحم اساساً در قطر قدامی- خلفی افزایش می یابد

❖ در معاینه دو دستی، رحم با قوام خمیری یا الاستیک احساس می شود

❖ تقریباً در هفته های ششم تا هشتم سن قاعدگی، در معاینه دو دستی می توان سرویکس سفتی را لمس کرد که با توجه به نرمتر بودن فوندوس و قابل فشار بودن و نرمی ایسم کاملاً از این بخش ها قابل افتراق است این کنتراست نشانه هگبار نامیده می شود

❖ نرم شدن ایسم ممکن است به مدی چشمگیر باشد که سرویکس و جسم رحم اعضای مجزایی به نظر برسند

❖ در هفته ۱۲ حاملگی جسم رحم تقریباً کروی است و قطر متوسط رحم به ۸ سانتی متر می رسد

❖ در مراحل بعدی حاملگی هنگامی که برای سمع از استتوسکوپ استفاده می شود ممکن است سوفل رحمی به گوش برسد

❖ سوفل رحمی صدایی نرم و وزشی مثل جریان هوا است که همزمان با نبض مادر پدیدار می شود

❖ این سوفل در اثر عبور خون از عروق رحمی متسع به وجود می آید و مشخص تر از همه در مجاورت بخش تحتانی رحم شنیده می شود و در مقابل سوفل نافی صدایی تیز و سوت مانند است که همزمان با نبض جنین شنیده می شود. این سوفل در اثر عبور سریع و پرشتاب خون از شریان های نافی به وجود می آید و به طور ثابت شنیده نمی شود

تغییرات پستان و پوست

❖ در اولین حاملگی کاملاً مشفص است

❖ در زنان مولتی پار این تغییرات کمتر مشفص است و پستان های این زنان ممکن است تا ماهها و حتی تا سال ها بعد از

آفرین نوزاد (به ویژه در صورت شیردهی از پستان) حاوی مقدار کمی ماده شیری یا کولوستروم (آغوز) باشد

❖ افزایش پیگمانتاسیون و تغییرات ظاهر استریاهای شکمی در حاملگی شایع هستند اما برای حاملگی جنبه تشفیعی ندارند

❖ این تغییرات ممکن است در جریان حاملگی وجود نداشته باشند و یا در زنانی که کنتراسپتیو حاوی استروژن مصرف می کنند

دیده شوند

حرکات جنین

- ❖ پس از اولین حاملگی موفق، زنان می توانند حرکات جنین را اولین بار بین هفته های ۱۶ تا ۱۸ احساس کنند
- ❖ زنان پریمی گراوید ممکن است تا حدود ۲ هفته بعد از این زمان قادر به درک حرکات جنین نباشند
- ❖ تقریباً در هفته بیستم معاینه کننده می توانند حرکات جنین را تشخیص دهد

تست های حاملگی

❖ **HCG** کشف در خون و ادرار مادر، پایه و اساس تست های اندوکراین حاملگی است

❖ این هورمون، گلیکوپروتئینی با محتوای کربوهیدراتی زیاد است

❖ ساختمان کلی **HCG** هترو دیمری متشکل از دو زیر واحد متفاوت به نام زیر واحد های آلفا و بتا است که با پیوند غیر کووالانسی به یکدیگر متصل می شوند

❖ زیر واحد آلفا به زیر واحد های آلفای هورمون لو تئینیزان (**LH**) ، هورمون محرک فولیکول (**FSH**)، هورمون محرک تیروئید (**TSH**) شباهت دارد

❖ **HCG** از پسرخت جسم زرد که محل اصلی تولید پروژسترون در ۶ هفته اول حاملگی است جلوگیری می کند

❖ مقدار **HCG** تولید شده از سن سیشیوترو فوبلاست، در سه ماهه اول بعد از لانه‌گزینی افزایش تصاعدی پیدا میکند و در صورت استفاده از تست‌های حساس می‌توان ۹-۸ روز بعد از تفمک‌گذاری این هورمون را در پلاسما و یا ادرار مادر کشف کرد

❖ زمان دو برابر شدن غلظت **HCG** ۲-۱/۴ روز است

❖ میزان **HCG** سرم از روز لانه‌گزینی افزایش می‌یابد و تقریباً در روزهای ۷۰-۶۰ به حد اکثر می‌رسد و پس از آن غلظت آن به تدریج کاهش می‌یابد و تقریباً در هفته ۱۶ به حد کفه‌ای می‌رسد

تست های حاملگی

❖ افزایش میزان **HCG** ممکن است نشاندهنده حاملگی مولی و سرطان های مرتبط با آن باشد

❖ سایر علل نادر نتیجه مثبت در غیاب حاملگی به شرح ذیل هستند: ۱- تزریق **HCG** برونزا برای کاهش وزن، ۲- نارسایی

کلیه همراه با افتلال کلیرانس **HCG** ۳- **HCG** ی هیپوفیزی فیزیولوژیک و ۴- تومورهای سازنده **HCG** که شایعتر از همه از

مناطق گوارشی، تخمدان، مثانه و یا ریه منشأ می گیرند

تشخیص حاملگی با سونوگرافی

❖ سونوگرافی ترانس واژینال و به طور رایج برای تعیین دقیق سن حاملگی و تایید محل حاملگی به کار می‌رود

❖ ساک حاملگی (تجمع کوپک و فاقد اکوی مایع در داخل حفره اندومتر)، نخستین نشانه سونوگرافیک حاملگی است

❖ با سونوگرافی ترانس واژینال می‌توان ساک حاملگی را در هفته های ۵-۴ حاملگی مشاهده کرد

❖ تجمع مایع در داخل حفره آندومتر ممکن است در حاملگی اکتوپیک نیز دیده شود که ساک کاذب حاملگی یا ساک کاذب نامیده می‌شود، به

ویژه در مبتلایان به درد یا خونریزی، بررسی بیشتر ضروری خواهد بود

❖ ساک حاملگی طبیعی به صورت خارج از مرکز در آندومتر کاشته می‌شود در حالی که ساک کاذب در خط وسط حفره آندومتر دیده می‌شود

تشخیص حاملگی با سونوگرافی

❖ سایر نشانه های بالقوه مراحل اولیه حاملگی داخل رحمی شامل یک مرکز بدون اکوی اطافه شده یا حلقه اکوژنیک واحد و دو حلقه اکوژنیک هم مرکز در

اطراف ساک حاملگی هستند

❖ اگر یافته های سونوگرافیک مبهم و دو پولو باشند سنجش سریال میزان **HCG** نیز می تواند به افتراق حاملگی داخل رحمی طبیعی از حاملگی خارج رحمی یا

سقط زودرس کمک کند

❖ مشاهده کیسه زرده با قاطعیت محل داخل رحمی حاملگی را تایید می کند و این یافته در حالت طبیعی در اواسط هفته پنجم دیده می شود

❖ رویان پس از هفته ۶ به صورت سافتاری قطی درست در مجاورت کیسه زرده دیده می شود و حرکت قلب رویان به طور تیپیک در این نقطه به چشم

می خورد

❖ تا هفته ۱۲ حاملگی، طول فرق سری- نشیمنگاهی سن حاملگی را با اختلاف حداکثر ۴ روز پیشگویی می کند

تعریف ها:

❖ نولی گراوید: زنی که در حال حاضر حامله نیست و همچنین قبل از این هرگز حامله نشده است

❖ گراویدا: زنی که صرفنظر از پیامد حاملگی، در حال حاضر حامله است یا قبلاً حامله بوده است. با تثبیت حاملگی اول، از واژه پرایمی گراوید و با وقوع

حاملگی های بعدی از واژه مولتی گراویدا استفاده می شود

❖ نولی پار: زنی که هرگز یک مورد حاملگی را تا بعد از هفته ۲۰ حاملگی ادامه نداده است. زن نولی پار ممکن است حامله بوده یا نباشد و یا ممکن است

دارای سابقه سقط یا سقط های خود به خود یا انتقابی (الکتیو) و یا حاملگی اکتوپیک باشد

❖ پرایمی پار: زنی که تا کنون فقط یک بار جنین یا جنین های زنده یا مرده ای با طول حاملگی ۲۰ هفته یا بیشتر را به دنیا آورده است

تعریف ها:

❖ مولتی پار: زنی که دو یا بیش از دو حاملگی را تا هفته بیستم یا بعد از آن به پیش برده است.

❖ پاریته با توجه به تعداد حاملگی هایی که به هفته بیستم رسیده اند تعیین می شود

❖ اگر در یک حاملگی مفروض نوزادان چند قلو به دنیا آمده باشند، این رقم افزایش داده نمی شود، علاوه بر این در صورت

وجود مرده زایی، نباید رقم مذکور کاهش داده شود

❖ میانگین مدت حاملگی که از اولین روز آخرین پریود قاعدگی طبیعی مناسبه می شود، بسیار نزدیک به ۲۸۰ روز یا هفته ۴۰

است

استعمال دفانیات

❖ در زنان سیگاری در مقایسه با زنان غیر سیگاری، خطر پلاستا پرویا، دکولمان جفت و پارگی پیش از موعد پرده ها به دو برابر

می رسد

❖ در مادران سیگاری در مقایسه با نوزادان متولد شده از مادران غیر سیگاری احتمال تولد پره ترم، وزن کم تولد و احتمال

مرگ در اثر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (**SIDS**) بیشتر است

❖ خطر سقط خود به خود، مرگ جنین و ناهنجاری های انگشتان جنین در این موارد بیشتر است

❖ کودکانی که در طی زندگی دافل رهمی با دفانیات تماس داشتند در معرض افزایش خطر آسم، کولیک شیرخواران، چاقی دوران

کودکی قرار دارند

استعمال دفانیات

❖ تعداد از مکانیسم های پاتوفیزیولوژیک برای توضیح این پیامدهای نامطلوب عنوان شده اند: هیپوکسی جنین در اثر اغزایش

کربوکسی هموگلوبین، کاهش جریان خون رحمی- جفتی، و آثار سمی مستقیم نیکوتین و سایر موارد موجود در دود سیگار

❖ روند انتقال نیکوتین به عری کارآمد است که میزان تماس جنین با نیکوتین بیش از میزان تماس مادر با این ماده است در

جنین هایی که در معرض نیکوتین قرار می گیرند به علت افتلال تنظیم اتونوم تغییر پذیری ضربان قلب کاهش می یابد

مصرف الکل

❖ اتیل الکل یا اتانول ترا توژن قوی است و سبب نوعی سندرم جنینی می شود که مشفصات ان شامل محدودیت رشد،

ناهنجاری های صورت، افتلال عملکرد دستگاه عصبی- مرکزی،

❖ زنان حامله و یا زنانی که در نظر دارند حامله شوند باید از مصرف هرگونه نوشابه الکلی پرهیزند

داروهای غیر مجاز

❖ شامل هروئین، سایر اوپیات‌ها، کوکائین، آمفتامین‌ها، باربیتورات‌ها، ماری‌جوانا

❖ عوارض: وزن کم هنگام تولد، علایم مسمومیت از دارو بلافاصله بعد از تولد

❖ در زنان مبتلا به سو مصرف هروئین می‌توان برنامه تبویز نگهدارنده متادون را در قالب یکی از برنامه‌های درمانی ثبت شده متادون آغاز کرد

❖ متادون معمولاً با دوز ۳۰-۱۰ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود و تیتراسیون دوراثر بر حسب ضرورت صورت می‌گیرد

❖ اگر چه بوپرنورفین کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد این دارو نیز به تنهایی و یا در ترکیب با نالوکسان قابل استفاده است

فشونت های فانگی

❖ در اکثر زنانی که مورد بد رفتاری قرار می گیرند احتمالا در دوران حاملگی نیز این بد رفتارها ادامه دارد

❖ شیوع: ۸-۴ درصد

❖ افزایش احتمال: زایمان پره ترم، محدودیت رشد جنین، مرگ پری ناتال

❖ غربالگری از نظر فشونت فانگی در اولین ویزیت پره ناتال، سپس حداقل یکبار در هر سه ماهه حاملگی و مجددا در ویزیت

بعد از زایمان انجام شود

بررسی بالینی

❖ باید معاینه فیزیکی عمومی انجام شود

❖ برای مشاهده سرویکس از اسپکولومی که با آب گرم یا ژل لوبریکانت مملول در آب آغشته شده است استفاده می شود،

❖ پرفونی غیرفعال و قرمز متمایل به آبی سرویکس، برای حاملگی جنبه مشفص کننده دارد اما به تنهایی سبب تشفص حاملگی نمی شود

❖ غدد متسع و مسرود سرویکس که از زیر مفاط اکتوسرویکس برآمده می شوند و کیست های نابوتین نامیده می شوند ممکن است کامل مشفص باشند

❖ در حالت طبیعی سرویکس بجز در ناحیه سوراخ فارژی متسع نمی شود

❖ برای شناسایی افتلالات سیتولوژیک پاپ اسمیر به انجام می رسد و در صورت وجود اندریکاسیون نمونه هایی نیز برای شناسایی نایسریا گنوره و کلامیدیا

تراکوماتیس گرفته می شود

بررسی بالینی

❖ معاینه دو دستی با لمس آغاز می شود و در هنگام انجام این کار، توبه ویژه ای به قوام، طول و اتساع سرویکس، اندازه رحم و آدنکس، سافتار استفوانی

لگن، و هرگونه اختلال واژن و پرینه معطوف می گردد

❖ در مراحل آخر حاملگی اغلب می توان نمایش جنین را نیز تعیین کرد

❖ ضایعات سرویکس، واژن و ولو باید در صورت نیاز با استفاده از کولپوسکپی، بیوپسی، کشت یا بررسی با میکروسکوپ زمینه تاریک، تحت ارزیابی های

بیشتر قرار گیرند

❖ باید ناهیه پری آنال (اطراف مقعد) مشاهده شود و معاینه انگشتی رکتوم در صورت ضروری بودن صورت گیرد

❖ اندازه رحم در حد یک پرتقال کوچک با هفته ۶ حاملگی، پرتقال بزرگ هفته ۸، در حد گریپ فروت با هفته ۱۲ مطابقت دارد

❖ طوب خرق سری- نشیمنگاهی در سه ماهه اول صبیح ترین و دقیق ترین معیار تشفیص حاملگی است

تست های آزمایشگاهی

❖ شامل **CBC**، تعیین گروه خونی، وضعیت **RH** و غربالگری انتی بادی هستند

❖ آزمایش **HIV**، هپاتیت **B**، سیفیلیس، ایمنی در برابر سرفه نیز غربالگری شوند

❖ کشت ادرار ضرورت دارد چون درمان باکتریوری بدون علامت سبب کاهش چشمگیر احتمال ابتلا به عفونت های علامتدار

دستگاه ادراری در دوران حاملگی می شود

عفونت های سرویکس

❖ کلامیدیا تراکوماتیس در ۱۳-۲ درصد زنان حامله از سرویکس ایزوله می شود

❖ توصیه می شود تمام زنان در اولین ویزیت پره ناتال از نظر کلامیدیا غربالگری شوند و در افرادی که در معرض خطر بالایی

قرار دارند تست دیگری نیز در سه ماهه سوم انجام شوند

❖ عوامل خطر: وضعیت مجدد، تغییر اخیر در شریک جنسی، داشتن شرکای جنسی متعدد همزمان، سن زیر ۲۵ سال، اقامت در

مناطق فقیر نشین، سابقه ابتلا به سایر بیماری های آمیزشی، ابتلای فعلی به این بیماری ها، ناکافی بودن یا فقدان مراقبت

های پره ناتال

❖ توصیه می شود ۴-۳ هفته پس از تکمیل درمان تست مجدد به انجام برسد

عفونت های سرویکس

❖ نایسریا گنوره، باکتری گرم منفی دیپلوکوکلی است که سبب ایجاد گنوره (سوزاک) می شود

❖ عوامل فطر: مشابه عفونت کلامیدیا

❖ زنان دارای عوامل فطر در اولین ویزیت پره ناتال و مجددا در سه ماهه سوم غربالگری شوند

❖ درمان از نظر گنوره و نیز از نظر عفونت همزمان احتمالی با کلامیدیا صورت گیرد

❖ تست بهبود نیز پس از درمان توصیه می شود

وینزیت های پره ناتال بعدی

❖ سیر زمانی وینزیت های پره ناتال بعدی در فواصل ۴ هفتگی تا هفته ۲۸ و سپس در فواصل ۲ هفتگی تا هفته ۳۶ و بعد از

ان هفته ای یکبار برنامه ریزی می شود

❖ در زنانی که دارای حاملگی های عارضه دار هستند اغلب وینزیت مجدد با فواصل ۲-۱ هفته ای ضرورت دارد

نظارت پره ناتال

❖ ضربان قلب جنین، وضعیت رشد جنین، حجم مایع آمنیون، فعالیت جنین مورد بررسی قرار می گیرد

❖ فشارخون و وزن مادر و میزان تغییرات این پارامترها نیز ارزیابی می شود

❖ در مورد علایمی مانند سردرد، تغییر وضعیت بینایی، درد شکم، تهوع و استفراغ، خونریزی، نشت مایع از واژن و دیزوری از زنان حامله سوال می شود

❖ در معاینه رحم حاصله سمفیزپوبیس تا فوندوس اندازه گیری می شود

❖ در اواخر حاملگی با معاینه واژینال اغلب اطلاعات ارزشمندی به شرح ذیل به دست می آید: تایید عضونمایش، و جایگاه آن، برآورد بالینی ظرفیت لگن و سافتمان عمومی آن، کافی بودن حجم مایع آمنیون و قوام و اخاسمان و دیلاتاسیون سرویکس

ارتفاع فوندوس

❖ بین هفته های ۲۰ تا ۳۴ ارتفاع فوندوس رحم بر حسب سانتی متر ارتباط نزدیکی با سن حاملگی بر حسب هفته دارد

❖ ارتفاع فوندوس به صورت راس سمفیز پوبیس تا راس فوندوس در روی دیواره شکم اندازه گیری می شود

❖ قبل از این سنجش مثانه باید تخلیه شود

❖ در هفته های ۲۰-۱۷ ارتفاع فوندوس در صورت پر بودن مثانه ۳ سانتی متر افزایش می یابد

❖ اگر فقط از ارتفاع فوندوس استفاده شود تقریباً یک سوم موارد محدودیت رشد جنین تشخیص داده نمی شوند

صدای قلب جنین

❖ از ابزارهای مجهز به سونوگرافی داپلر، اغلب برای تشخیص آسان عملکرد قلب استفاده می شود و در صورت پاق نبودن

مادر صداهای قلب جنین تقریباً در تمام موارد در هفته ۱۰ با این ابزارها قابل شناسایی هستند

❖ ضربان قلب جنین از ۱۱۰ تا ۱۶۰ ضربه در دقیقه متغیر است و به طور تپیک به صورت صدایی دوگانه شنیده می شود

❖ با استفاده از استتوسکوپ استاندارد تقویت نشده در برفی از زنان می توان حتی در هفته ۱۶ صداهای قلب جنین را سمع

کرد

صدای قلب جنین

❖ سونوگرافی فقط باید هنگامی انجام شود که اندیکاسیون طبی معتبری وجود داشته باشد و حتی در این موارد نیز انجام سونوگرافی

با کمترین تماس ممکن با امواج اولتراسوند ضرورت دارد

❖ پزشکان در بیماران کم خطر در صورت فقدان اندیکاسیون های اختصاصی اجباری به انجام سونوگرافی ندارند اما اگر زن حامله

تمایل به انجام سونوگرافی داشته باشد اقدام معمول این است که به خواسته وی احترام گذاشته شود

❖ غربالگری از نظر آنپلوئیدی جنین بسته به پروتکل انتخابی در هفته های ۱۱-۱۴ و یا در هفته های ۲۰-۱۵ انجام می شود

❖ غربالگری سرم برای تشفیص نقایص لوله عصبی در هفته های ۲۰-۱۵ انجام می شود

❖ در زنان در معرض خطر برای **HIV** در دوران حاملگی باید تکرار تست در سه ماهه سوم و ترجیفا قبل از هفته ۳۶ حاملگی توصیه می شود

❖ اگر زنان از رفتارهایی پیروی کنند که آنان را در معرض خطر ابتلا بالای به عفونت هیپاتیت **B** قرار بدهند تکرار تست در زمان بستری شدن برای زایمان ضرورت دارد

❖ در زنانی که **RH** منفی هستند و حساس نشده اند باید تست غربالگری انتی بادی در هفته های ۲۸-۲۹ تکرار شود و در صورتی که این زنان همپنان فاقد حساسیت باشند باید به آنان گلوبولین ایمیون آنتی **D** تجویز شود

عفونت با استرپتوکوک های گروه B

❖ پیشنهاد می شود که در تمام زنان بین هفته های ۳۵ و ۳۷ حاملگی کشت واژن و رکتوم از نظر **GBS** انجام شود

❖ و در صورت مثبت بودن پروفیلاکسی ضد میکروبی حین زایمان صورت گیرد

❖ در زنان مبتلا به باکتریوری **GBS** و یا در زنانی که یکی از نوزادان قبلی آنان دچار بیماری تعابمی ناشی از این ارگانیسم ها

بوده است پروفیلاکسی حین زایمان با روش تجربی انجام می شود

توصیه هایی در مورد افزایش وزن

❖ باقی با افزایش چشمگیر خطر هیپرتانسیون حاملگی، پره اکلامپسی، دیابت حاملگی، ماکروزومی، زایمان سزارین و سایر عوارض

همراه است

❖ میزان افزایش وزن مادر در دوران حاملگی بر وزن هنگام تولد نوزاد تاثیر می گذارد

کمبود شدید تغذیه

❖ کودکانی که در اواسط تا اواخر زندگی جنینی خود با محرومیت تغذیه ای مواجه شده اند در هنگام تولد کم وزن تر، کوتاه قد تر و

لاغرتر بودند و در آنان میزان بروز کاهش تحمل گلوکز، هیپرتانسیون، بیماری واکنشی، راههای هوایی، دیس لیپیدمی، بیماری

شریان کرونری در مراحل بعدی زندگی بیشتر بود

❖ در موارد محرومیت در مراحل اولیه حاملگی احتمال پاقی در زنان بزرگسال اما نه در مردان افزایش می یابد

❖ همچنین در موارد محرومیت تغذیه ایی زود هنگام میزان ناهنجاری های دستگاه عصبی مرکزی، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیتی

طیف اسکیزوفرنی افزایش پیدا می کند

باقی ماندن افزایش وزن بعد از حاملگی

❖ تمام افزایش وزنی که در دوران حاملگی حاصل شده است در پیران حاملگی و بلافاصله بعد از آن از دست نمی رود

❖ در زمان زایمان حدود ۵/۵ کیلوگرم . ۲/۵ کیلوگرم دیگر در زمان بین هفته دوم و ماه ششم بعد از زایمان از دست می رود

❖ به طور متوسط ۱/۴ کیلوگرم اضافه وزن ناشی از حاملگی پابرجا می ماند

❖ هر چه میزان افزایش وزن در طول حاملگی بیشتر باشد میزان بیشتری از وزن در دوره پس از زایمان از دست می رود

❖ ارتباطی بین **BMI** قبل از حاملگی یا افزایش پره ناتال وزن با میزان باقیمانده افزایش وزن وجود ندارد

❖ افزایش وزنی که با بالا رفتن سن رخ می دهد عامل اصلی موثر بر افزایش وزن در طول زمان محسوب می شود

میزان مجاز و توصیه شده مواد غذایی

❖ مواد غذایی ایجاد کننده آثار سمی: آهن، روی، سلنیوم، ویتامین **A**، **B6**، **C**، **D**

❖ میزان زیاد مصرف ویتامین **A** بیش از ۱۰ هزار واحد در روز ممکن است تراتوژن را باشد

❖ باید از مصرف ویتامین ها و مواد معدنی با مقادیر بیش از دو برابر میزان مجاز توصیه شده روزانه خودداری کرد

❖ حاملگی نیازمند ۸۰ هزار کیلوکالری اضافه است و عمدتاً در ۲۰ هفته آخر بارداری و توصیه می شود که میزان دریافت کالری

۳۰۰-۱۰۰ کیلوکالری در روز افزایش داده شود

❖ افزایش دریافت نباید به طور مساوی در سیر دوران حاملگی تقسیم شود

❖ در سه ماهه اول، دوم و سوم به ترتیب صفر، ۳۴۰ . ۴۵۲ کیلوکالری

پروتئین

❖ در طول نیمه دوم حاملگی حدود ۱۰۰۰ گرم پروتئین با میزان ۶-۵ گرم در روز ذخیره می شود

❖ غلظت اکثر اسیدهای آمینه از جمله اورنیتین، گلیسین، تورین، پرولین، در پلاسمای مادر کاهش چشمگیری پیدا می کند

❖ استثناهایی که در این زمینه در دوران حاملگی وجود دارند اسید گلوتامیک و آلانین هستند که غلظت آن ها افزایش پیدا می کند

❖ قسمت اعظم پروتئین ترجیحا باید از منابع حیوانی مانند گوشت، شیر، تخم مرغ، پنیر، گوشت ماکیان و گوشت ماهی تامین شود

❖ این منابع اسید آمینه را با ترکیب بهینه فراهم می کند

❖ شیر و محصولات شیری از مدت ها قبل به عنوان منابع تقریبا ایده آل مواد غذایی به ویژه پروتئین و کلسیم برای زنان حامله و شیرده در نظر گرفته می شوند

مواد معدنی

اهن

❖ حدود ۳۰۰ میلی گرم آهن منتقل شده به جنین و جفت و حدود ۵۰۰ میلی گرم وارد شده به توده در حال رشد هموگلوبین مادر تقریباً به طور کامل بعد از میانه حاملگی مورد استفاده قرار قرار می گیرند

❖ میزان کلی نیاز به آهن که از طرف حاملگی و دفع توسط مادر تکمیل شده است حدود ۷ میلی گرم در روز است

❖ تنها تعداد اندکی از زنان دارای ذخایر کافی آهن و یا مصرف کافی آهن غذایی برای تامین این میزان هستند و باید حداقل ۲۷ میلی گرم مکمل آهن المنتال در هر روز به زنان حامله تجویز شود

❖ زنان حامله در صورت بزرگی بیته، داشتن جنین های دوقلویی، مصرف مکمل در اواخر حاملگی و مصرف نامنظم آهن و یا ابتلا به کاهش نسبی میزان هموگلوبین ممکن است از مصرف ۱۰۰-۶۰ میلی گرم آهن المنتال در روز سود ببرند

مواد معدنی

آهن

❖ زنانی که دچار کم فونی فقر آهن هستند به خوبی به مکمل های خوراکی املاح آهن پاسخ می دهند چون در ۴ ماه اول حاملگی

نیاز به آهن کم است و تبوینز آهن ضروری نیست

❖ خوردن آهن در هنگام خواب و با معده خالی جذب آن را تسهیل میکند و ظاهرا احتمال واکنش های گوارشی نامطلوب را به

مداخل می رساند

مواد معدنی

ید

❖ میزان روزانه مجاز و توصیه شده ید ۲۲۰ میکروگرم است

❖ در دوران حاملگی برای جبران افزایش نیازهای جنین و اتلاف ید توسط کلیه های مادر، مصرف نمک . نان ید دار توصیه می

شود

❖ کمبود شدید ید در مادر فرزندان را مستعد به کرتینیسم اندمیک میکند که با نقایص نورولوژیک متعدد شدید همراه است

مواد معدنی

کلسیم

❖ در زنان حامله حدود ۳۰ گرم کلسیم احتباس پیدا می کند که قسمت اعظم آن در اواخر حاملگی در جنین تجمع می یابد

❖ میزان کلسیم فقط معرف حدود ۲/۵ درصد میزان کلی کلسیم مادر است که قسمت اعظم آن در استفوان قرار دارد و برای

رشد جنین به آسانی به حرکت در می آید. علاوه بر این افزایش جذب کلسیم توسط روده و احتباس پیشرونده کلسیم در سرتاسر

حاملگی گزارش شده است

مواد معدنی

روی

❖ کمبود شدید روی ممکن است سبب کاهش اشتها، رشد کمتر از حد بهینه و اختلال ترمیم زخم ها شود. میزان روزانه توصیه

شده روی در دوران حاملگی حدود ۱۲ میلی گرم است. بر اساس برفی گزارش ها مصرف مکمل روی سبب افزایش اندک وزن

هنگام تولد و دور سر نوزادان می شود و فطر اسهال دارد، اسهال فونی و زرد زخم را کاهش می دهد اما اثری بر پیامدهای تکاملی

ندارد

مواد معدنی

منیزیم



کمبود منیزیم به علت حاملگی شناسایی نشده است. در جریان بیماریهای طولانی مدت که با عدم مصرف منیزیم همراه

هستند، همانند حالتی که قاعدتاً در وضعیت غیرحامله نیز دیده می شود، میزان پلاسمایی منیزیم ممکن است تا محدوده بحرانی

کاهش پیدا کند. در زنان پریمی گراوید نرموتانسو تهبوینز مکمل منیزیوم سبب بهبود هیچ یک از معیارهای پیامد حاملگی نشده

است

مواد معدنی

فلزات کمیاب

❖ کمبود شدید سلنیوم در اثر مسایل زمین شناختی- شیمیایی در ناحیه وسیعی از چین شناسایی شده است. ویژگی کمبود این ماده

بروز نوعی کار دیومیوپاتی معمولاً کشنده در کودکان کم سن و سال و زنان سنین باروری است. در مقابل مسمومیت با سلنیوم

نیز که در اثر مصرف بیش از حد این ماده رخ می دهد دیده شده است

شواهد معدنی

❖ در میانه حاملگی غلظت پتاسیم پلاسمای مادر حدود ۵/۰ میلی اکی والان در لیتر کاهش پیدا میکند

فلور

❖ شواهدی مبتنی بر سودمند بودن مکمل فلور در دوران حاملگی وجود ندارند و در دوران حاملگی متابولیسم فلور تغییر چشمگیری پیدا نمی کند.

اگر فرزندان از هنگام تولد از آب فلورینه استفاده کنند نوشیدن آب فلورینه توسط مادر نفع بیشتری به همراه ندارد. در صورت

مصرف مکمل فلور توسط زنان شیرده غلظت فلور در شیر پستان افزایش پیدا نمی کند

ویتامین ها

ویتامین ها با مصرف تمام رژیم های غذایی عمومی که حاوی مقادیر کافی کالری پروتئین هستند تامین می شود. استثنایی که در

این مورد وجود دارد افزایش نیاز به اسید فولیک در دوران هایی است که میزان نیاز به آن به بیشتر از حد معمول می رسد مانند

حاملگی های همراه با استفراغ طولانی مدت، کم فونی همولیتیک یا جنین های متعدد

در کشورهای فقیر تبویز روتین مکمل های مولتی ویتامین میزان بروز وزن کم هنگام تولد و محدودیت رشد جنین را کاهش میدهد

اما تغییری در میزان زایمان پره ترم یا میزان مرگ و میر پری ناتال ایجاد نمی کند

ویتامین ها

ویتامین A

ارتباط بین ناهنجاری های مادرزادی و مصرف مقادیر بالای ویتامین A وجود دارد
دیده نشده که بتاکاروتن سبب مسمومیت با ویتامین A شود
بتاکاروتن پیش ساز ویتامین A است و در میوه ها، سبزیجات یافت می شود
در اکثر ویتامین های پره ناتال ویتامین A با دوزی که بسیار کمتر از آستانه تراتوژن است وجود دارد
مصرف غذایی ویتامین A در ایالات متحده کافی به نظر می رسد و مکمل آن به صورت روتین توصیه نمی شود
کمبود ویتامین A در جهان در حال توسعه یک مشکل تغذیه ای اندمیک محسوب می شود
کمبود ویتامین A اعم از آشکار یا تحت بالینی با افزایش خطر کم فونی مادر و زایمان پره ترم همراه بوده است

ویتامین ها

ویتامین B12

میزان آن در حاملگی طبیعی کاهش می یابد

و این کاهش ناشی از کاهش میزان پلاسمایی پروتئین های حامل یعنی ترانس کوبالامین ها است

فقط این ویتامین در غذاهای با منشأ حیوانی وجود دارد و کمبود آن در گیاه خواران دیده می شود

شیر مادران گیاه خوار حاوی مقادیر اندک ویتامین **B12** است و کمبود آن در نوزادانی که از شیر این مادران تغذیه می کنند دیده می شود

مصرف بیش از حد ویتامین **C** نیز ممکن است سبب کمبود عملکردی ویتامین **B12** شود

میزان اندک ویتامین **B12** در دوران قبل از حاملگی مشابه کمبود فولیات ممکن است خطر نقایص لوله عصبی را افزایش دهد

ویتامین ها

ویتامین B6

- ✓ در زنانی که در معرض خطر بالای تغذیه ناکافی قرار دارند مانند زنان مبتلا به سوء مصرف مواد نوجوانان و زنان دارای حاملگی های چندقلویی تبویز روزانه ۲ میلی گرم مکمل ب ۶ یا پیریدوکسین توصیه می شود
- ✓ ویتامین ب ۶ در صورت تبویز همزمان با داروی آنتی هیستامین دوکسیلامین در بسیاری از موارد تهوع و استفراغ حاملگی مفید واقع می شود

ویتامین C

- ✓ میزان مجاز: ۱۵-۱۰ میلی گرم در روز
- ✓ میزان این ویتامین در پلاسمای مادر در جریان حاملگی کاهش می یابد در حالی که میزان آن در بندناف بیشتر است و این پدیده در مورد اکثر ویتامین های محلول در آب دیده می شود

ویتامین ها

ویتامین D

✓ این ویتامین محلول در چربی پس از متابولیزه شدن به شکل فعال خود کارایی روند جذب روده ای کلیسم را افزایش میدهد و سبب تسریع مینرالیزاسیون و رشد استخوان می شود

✓ ویتامین D به صورت درونزا در اثر تماس با نور خورشید نیز ساخته می شود

✓ کمبود آن در حاملگی شایع

✓ به ویژه در گروه هایی با تماس محدود با نور خورشید، اقلیت با نژاد پوست تیره و افراد گیاه خوار

✓ کمبود ویتامین D سبب افتلال هومئوستاز اسکلتی، راشی تیسم مادرزادی، شکستگی در نوزادان

✓ میزان کافی ویتامین D می توان میزان سرمی ۲۵- هیدروکسی ویتامین D را اندازه گیری کرد. با وجود این میزان سرمی بینه این ویتامین در حاملگی مشخص نشده است

مسایل شایع

مسایل شغلی

- در صورت فقدان عوارض اکثر زنان می توانند تا آغاز لیبر به کار خود ادامه دهند
- مشاغل سخت سبب افزایش زایمان پره ترم، محدودی رشد جنین، هیپرتانسیون حاملگی، پارگی زود رس پرده ها می شود
- در زنان شاغل خطر پره اکلامپسی بیشتر است
- اگر زنان دچار خستگی بیش از حد نشوند یا در معرض خطر آسیب نباشند دود کردن فعالیت ضرورتی ندارد
- در مطالعات نشان داد در زنان شاغل، فعالیت های ورزشی با نوزادان کوچکتر، شیوع بیشتر اختلالات عملکردی لیبر و شیوع بیشتر عفونت های تنفسی فوقانی است
- در صورت عدم کنترل ریسک فاکتورهای زنان حامله باید تشویق شوند در فعالیت های فیزیکی منظم و با شدت متوسط به مدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر در طول روز شرکت کنند
- باید از فعالیت هایی که خطر افتادن و تروما است پرهیزند
- باید از شیرجه بر روی سکو پرهیزند

➤ ماهی منبع عالی پروتئین است چربی اشباع شده کمی دارد و حاوی امگا ۳ است

➤ چون تمام ماهی ها و صدف ها حاوی مقادیر اندکی چیه هستند باید توصیه کرد که از مصرف ماهی ها حاوی مقادیر زیاد متیل

مرکوری (متیل چیه) در زنان باردار و شیرده پرهیزند این ماهی ها شامل: کوسه ماهی، نیزه ماهی، ماکرل بزرگ و سفره ماهی

➤ زنان باردار هر هفته بیش از ۱۲ اونس یا ۳۴۰ گرم یا دو وعده تن ماهی کنسروی پرهیزند

مسافرت با اتومبیل یا هواپیما

☐ در هنگام رانندگی از کمربندهای سه نقطه ایی استفاده شود

☐ کیسه های هوا از کار انداخته نشود

☐ در غیاب عوارض زایمانی زنان حامله می توانند تا هفته ۳۶ حاملگی پرواز بی خطری را پشت سر بگذارند

☐ باری کاهش فطر ترومبو آمبولیسم اندام های تحتانی حرکت داده شود و ساعتی یکبار حرکت کنند

نزدیکی جنسی

❖ در زنان حامله سالم بی خطر است

❖ ممنوع در صورت خطر سقط، پلاستتا پرویا، لیپرپره ترم

❖ مشخص نشده که نزدیکی در اواخر حاملگی خطر فاسی داشته باشد

مراقبت های دندانپزشکی

- ✓ در معاینه پره ناتال باید معاینه دندان ها انجام شود و بهداشت خوب دندان ها مورد تشویق قرار گیرند
- ✓ بیماری پریودنتال با لیبر پره ترم ارتباط دارد
- ✓ با درمان بیماری سلامت دندان بهبود می یابد اما لیبر پره ترم جلوگیری نمی شود
- ✓ حاملگی سبب پوسیدگی دندان نمی شود
- ✓ حاملگی کمتر اندیکاسیونی برای درمان های دندانپزشکی نیست

ایمونیزاسیون

❖ میزان شیوع عفونت سیاه سرفه در ایالات متحده افزایش چشمگیری یافته است این مساله سبب ارائه توصیه های روزآمد در مورد واکسن سه عاملی شده است

❖ شیرفواران کم سن و سال در معرض خطر افزایش خطر مرگ ناشی از سیاه سرفه قرار دارند و تا زمان آغاز واکسیناسیون در ۲ ماهگی کاملاً به ایمونیزاسیون غیرفعال حاصل از آنتی بادی های مادر است

❖ آنتی بادی های مادری ضد سیاه سرفه نسبتاً عمر کوتاهی دارند و تبویز واکسن سه گانه قبل حاملگی و حتی در نیمه نخست حاملگی نمیتواند سطح بالایی از ایمونیزاسیون جنینی را فراهم کند

❖ در نتیجه توصیه می شود که یک دوز واکسن سه گانه در جریان حاملگی بین هفته های ۲۷ و ۳۶ تا انتقال غیرفعال آنتی بادی به جنین انجام شود

❖ تمام زنان باید واکسیناسیون آنفولانزا را انجام دهند صرف نظر از زمان حاملگی

❖ واکسیناسیون باید قبل از فصل آنفولانزا انجام شود و این خطر آنفولانزا نوزادی را در ۶ ماه اول زندگی تا ۶۳ درصد کاهش میدهد و بروز بیماری های تنفسی تب دار را تا یک سوم کاهش میدهد

❖ واکسیناسیون **MMR** در دوران شیردهی ندارد اما در بارداری ممنوع است و تاکنون سندرم سرفه مادرزادی در اثر مصرف سهوی مشاهده نشده است

ایمونیزاسیون

- ❖ واکسن آبله از ویروس زنده ضعیف شده تهیه شده و عفونت جنین با آن نادر است اما سبب سقط، مرده زایی، مرگ نوزاد
- ❖ در وضعیت های غیراورژانس هم در دوران حاملگی و هم در زنانی زنجانی که ممکن است در عرض ۲۸ روز بعد از واکسیناسیون حامله شوند واکسیناسیون آبله ممنوع است
- ❖ واکسیناسیون سیاه زخم یا انتراکس محدود به افرادی است که از نظر شغلی در معرض خطر هستند مانند دامپزشکان، کارکنان آزمایشگاه و اعضای نیروهای مسلح
- ❖ این واکسن حاوی باکتری زنده نیست و بنابراین خطر قابل توجهی را متوجه جنین نمی کند

کافئین

❖ مصرف هر روزه مقادیر زیاد کافئین حدود پنج فنجان یا ۵۰۰ میلی گرم میزان سقط را افزایش میدهد

❖ میزان متوسط با افزایش خطر گزارش نشده است

❖ مشخص نیست که مصرف کافئین با زایمان پره ترم با اختلال رشد جنین ارتباط دارد یا نه

❖ ارتباط بین مصرف کافئین و محدودیت رشد جنین نامشخص است

❖ انجمن تغذیه آمریکا توصیه کرده است که میزان مصرف کافئین در دوران حاملگی به کمتر از ۳۰۰ میلی گرم در روز و یا به

حدود سه فنجان ۵ اونس قهوه صاف شده محدود شود

ایمونیزاسیون

- ❖ تنوع و استغراق از شکایت های شایع در نیمه اول حاملگی
- ❖ با شدت متغیر بین اولین قاعدگی و دومین قاعدگی تا هفته های ۱۶-۱۴
- ❖ در هنگام صبح شایعتر و سبب اطلاق نادرست بیماری صبح گاهی
- ❖ توصیه به خوردن غذاهای کم حجم در دفعات بیشتر و دست کشیدن غذا قبل از سیری
- ❖ مصرف زنجبیل گیاهی
- ❖ ویتامین ب ۶ همراه با دوکسیلامین
- ❖ فنوتیازین یا مهارکننده گیرنده **H1**
- ❖ در مواردی بیماری شدید و سبب دهیدراتاسیون ، اختلالات الکترولیت ، اسید و باز وکتوز ناشی از گرسنگی

کمر درد

☐ ۷۰ درصد خانم ها شاکی هستند

☐ روش های کاهش: چماطه زدن به جای خم شدن هنگام برداشتن اشیا، حمایت پشت با بالش در هنگام نشستن، پرهیز از پوشیدن کفش های پاشنه بلند

☐ سایر علل درد: استئوپروز ناشی از هاملگی، بیماری دیسک بین مهره ای، استئوآرتریت، آرتریت سپتیک

☐ درمان: استراحت و مصرف داروهای آنالژژیک، حرارت

☐ تبویز تای لنول

☐ تبویز ضد دردها ضد التهابی غیر استروئیدی محدود شود به علت عوارض جنینی

☐ شل کننده های عضلانی مثل: سیکلوبنزاپرین و یا باکلوفن

☐ ورزش های تثبیت کننده و تقویت کننده توسط متخصص طب فیزیکی

واریکوزیته های پا

□ فشار وریدی خمورال در زنان حامله فواید به پشت از ۸ میلی متر جیوه در اوایل حاملگی به ۲۴ میلی متر جیوه در هنگام ترم افزایش می یابد

□ زنان مستعد دچار واریکوزیته های ساق پا

□ درمان: استراحت، بالا بردن پاها، جوراب های الاستیک،

□ اصلاح با عمل جراحی در بارداری توصیه نمی شود

□ در موارد شدید تزریق، لیگاسیون و حتی نوار بندی وریدها

□ به طور ناشایع همیم و تقریباً ناتوان کننده

□ در صورت پاره شدن فونریزی بزرگ

□ هموروئید به معنی واریکوزیته های ورید رکتال و ممکن است اولین بار در دوران حاملگی با افزایش فشار وریدی لگن پدیدار

شود

□ درمان: بی حس کننده های موضعی، نشستن در آب

□ گرم، نرم کننده مدفوع و در موارد شدید برش دادن و خارج ساختن لخته تحت بی حسی

به خاطر بسپاریم که
همراهی خدا یا انسان مثل نفس کشیدن است
آرام، بی صدا، همیشگی...