

دارودرمانی بیماری‌های شایع زنان در دوران بارداری و هنگام زایمان

منبع: کتاب دارودرمانی بیماریهای شایع زنان در دوران بارداری و هنگام زایمان

تالیف: دکتر بهزاد فروتن

استاد دانشگاه

دکتری عمومی داروسازی (ایران - ۱۳۶۹)

Master of Science (انگلستان - ۱۳۸۱)

دکتری تخصصی **PhD** داروشناسی و سم شناسی (انگلستان - ۱۳۸۴)

Post Doctoral Research Fellow (انگلستان - ۱۳۸۵)

e-Learning Fellowship (ایران - ۱۳۹۱)

Master of Medical Education (ایران - ۱۳۹۲)

و

Honorary Visiting Fellow در دانشگاه برادفورد انگلستان (از ۱۳۸۵ تا کنون)

بسم الله الرحمن الرحيم

اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (۱) خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ (۲) اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ (۳) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (۴) عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ (۵)

پیش گفتار

حمد و سپاس بیکران، خداوندی را که به انسان علم نوشتن آموخت و به او آنچه نمی دانست را تعلیم داد. مستندات تاریخی در سیر حیات انسان گواهی می دهند از زمانی که انسان به بلوغ فکری رسیده است همواره در فکر سلامت جسمی، روحی و روانی و حفظ آن و دوری از رنجوری بوده است. هرچه زمان بیشتر سپری شد انسان در مسیر حفظ سلامتی خود بیشتر تلاش نمود. امروزه به موازات سلامتی مردان، سلامتی زنان نقش درخشنده ای در پیشرفت کشورهای در حال توسعه دارد. سلامت زنان، هرچند از نظر تعداد حروف کم و لی از نظر معنی، عمیق و وسیع است. زنان باردار طیف وسیعی از جامعه را تشکیل می دهند. زنان باردار بدلیل قرارگرفتن در دوره ای ویژه مستعد ابتلا به انواع بیماری ها می باشند.

فهرست مطالب

فصل اول: شکایات شایع دوران بارداری

- ❖ تهوع و استفراغ
- ❖ خستگی
- ❖ یبوست
- ❖ هموروئید
- ❖ گازهای گوارشی
- ❖ رگهای واریسی
- ❖ سوزش سردل و سوء هاضمه
- ❖ خونریزی لثه
- ❖ انحراف اشتها
- ❖ ورم
- ❖ تغییرات پوستی
- ❖ خطوط کشیدگی
- ❖ کمر درد
- ❖ سر گیجه
- ❖ سر درد
- ❖ خارش بارداری
- ❖ بثورات کهیری
- ❖ اختلالات خواب
- ❖ گرفتگی ساق پا
- ❖ دیس پنه
- ❖ پتیالیسم
- ❖ گرفتگی بینی و خونریزی از بینی
- ❖ ترشحات واژینال
- ❖ کاندیدا آلبیکانس
- ❖ آسم

فصل دوم: کم خونی

- ❖ میزان بروز و علل کم خونی
- ❖ کم خونی فقر آهن
- ❖ آثار کم خونی بر بارداری
- ❖ تشخیص
- ❖ درمان کم خونی مگالوبلاستیک
- ❖ کمبود اسیدفولیک
- ❖ دارودرمانی
- ❖ پیشگیری
- ❖ کمبود ویتامین B۱۲

فصل سوم: فشار خون در بارداری

- ❖ مقدمه

- ❖ انواع پر فشاری خون در بارداری
- ❖ پرفشاری خون بارداری
- ❖ پره اکلامپسی
- ❖ نشانگان HELLP
- ❖ اکلامپسی
- ❖ پره اکلامپسی افزوده شده بر هیپر تانسینون مزمن
- ❖ اتیولوژی
- ❖ پاتوفیزیولوژی
- ❖ پیشگیری
- ❖ دارودرمانی
- هیدرالازین
- لابتالول
- نیفیدپین
- سولفات منیزیم

فصل چهارم: دیابت بارداری

- ❖ مقدمه
- ❖ دیابت آشکار
- ❖ دیابت بارداری
- ❖ شناسایی و تشخیص
- ❖ پیامدهای نامطلوب دیابت بارداری
- اثرات دیابت بر جنین
- اثرات دیابت بر مادر
- ❖ دارودرمانی
- رژیم غذایی
- ورزش
- انسولین
- ❖ دوز انسولین
- ❖ روش تجویز انسولین
- روش دوگانه
- روش سه گانه
- روش چهارگانه
- روش تزریق مداوم زیر جلدی
- ❖ کنترل قند خون در دیابت بارداری
- ❖ میزان و ریسک فاکتورهای عود دیابت بارداری
- ❖ پیگیری دیابت بارداری
- ❖ تدابیر زایمانی
- ❖ فصل پنجم: داروها در بارداری
- ❖ تراژونیستی داروها
- ❖ ایمنی داروها در بارداری

❖ دستگاه تنفسی فوقانی

❖ داروهای ضد درد

فصل ششم: داروهای القاء‌کننده سقط

❖ علل جنینی

❖ علل مادری

❖ انواع سقط

❖ خودبخودی

- تهدید به سقط
- سقط اجتناب ناپذیر
- سقط ناقص
- سقط فراموش شده
- سقط عفونی
- سقط راجعه

❖ القایی

• درمانی

• الکتیو

❖ داروهای سه ماهه اول

➤ میفه پرستون

➤ میزوپروستول

➤ دینوپرست

❖ داروهای سقط سه ماهه دوم

➤ سالین هیپرتونیک

➤ اتاکریدین لاکتات

➤ پروستاگلاندین سرویکال و سیستمیک

• ژل PGE₂

• قرص PGE₂

• آمپول PGF₂

➤ لامیناریا و پروستاگلاندین سیستمیک

➤ پروستاگلاندین واژینال

➤ اکسی توسین

• انفوزیون پله ای اکسی توسین

• اکسی توسین با دوز بالا

❖ عواض

➤ عفونت

➤ خونریزی رحمی

➤ پارگی رحم

➤ چسبندگی اندومتر

➤ احتباس بافتی

فصل هفتم: زایمان

- ❖ مراحل زایمان
- ❖ استفاده از کاهنده های درد زایمان در گذشته
- ❖ مداخلات غیر دارویی
- ❖ روشهای تجویز ضد درد
- ❖ روشهای تزریقی
- ❖ مسدودکننده های پاراسرویکال
- ❖ بی دردی موضعی
- ❖ اثرات بی دردی موضعی بر مادر و زایمان
- ❖ بیهوشی عمومی
- ❖ خلاصه

فصل اول: شکایات شایع دوران بارداری

مقدمه

در زبان پارسی، آبستنی یا بارداری یا حاملگی، و در زبان انگلیسی Pregnancy، به دورانی گفته می‌شود که زن در رحم خود دارای رویان یا جنین باشد. این دوران با به دنیا آمدن نوزاد (زایمان) به پایان می‌رسد. در انسان دوران بارداری طبیعی حدود ۳۸ هفته از زمان الحاق اسپرم به تخمک (بارور شدن تخمک) طول می‌کشد. اگر طول این دوره از اولین روز آخرین قاعدگی زن باردار محاسبه شود، مقدار طبیعی آن نزدیک ۴۰ هفته خواهد بود. نطفه در حال رشد در هفته‌های اول بارداری رویان و پس از این دوره، تا پایان بارداری، جنین نامیده می‌شود. معمولاً زن باردار در هر زایمان فقط یک جنین در رحم دارد و در پایان بارداری فقط یک نوزاد زایمان می‌کند، اگرچه موارد زایمان دو و یا چند قلوزایی نیز چندان نادر نیست. سازمان جهانی سلامت دوران بارداری در انسان را چهل هفته معین می‌کند.

دوران بارداری برای زن و جنین دورانی خاص و مهم است. مراقبت‌ها، غربالگری‌ها، نظارت‌ها و مشاوره‌ها در این دوره جهت برقراری و تداوم سلامتی جسمی، روحی و روانی زن و جنین شروط لازم جهت زایمان کودکان سالم در سرتاسر جهان به شمار می‌روند.

۱- تهوع و استفراغ

تهوع و استفراغ از شکایات‌های شایع زنان باردار در نیمه اول بارداری است. این مشکلات با شدت متغیر و متفاوت، معمولاً "بین اولین و دومین پریود قاعدگی فراموش شده آغاز می‌شوند و تا ۱۶-۱۴ هفته ادامه می‌یابند. اگر چه این علائم معمولاً "هنگام صبح شایع‌تر و شدیدتر هستند و همین مساله باعث اطلاق نادرست نام "بیماری صبحگاهی" شده است، اما به طور شایع در سرتاسر روز ادامه پیدا می‌کنند (۱). آنها اثر نامطلوبی بر روی زندگی اجتماعی، خانوادگی و شغلی و به دنبال آن مسائل روحی، روانی و اقتصادی دارند. تقریباً ۵۰٪ زنان کارمند معتقدند که بازدهی کارهایشان کاهش یافته، ۲۵٪ آنها مجبور به مرخصی از کار شده‌اند و نیمی از آنان اعتقاد بر ایجاد اثرات زیان‌آور روی روابط آنها با همسرانشان داشته است. همچنین این علائم ۵۵٪ از آنها را دچار افسردگی می‌کند. علاوه بر این تهوع و استفراغ دوران بارداری با شیوع بالا، تاثیر مهمی بر کیفیت زندگی زنان داشته به علاوه بار مالی زیادی را به سامانه سلامتی کشورها تحمیل می‌کنند (۲).

اتیولوژی

هر چند علت دقیق تهوع و استفراغ در بارداری مشخص نیست اما این پدیده که بارداری‌هایی با مول هیداتیفرم کامل (بدون جنین) با تهوع و استفراغ قابل توجه از نظر بالینی همراه هستند، نشان می‌دهند که تحریک، ناشی از وجود جفت است و نه جنین. تهوع در اغلب بیماران طی ۴ هفته از آخرین دوره قاعدگی شروع می‌شود و معمولاً در هفته ۹ بارداری به اوج می‌رسد. تهوع و استفراغ بارداری دارای منشا چند عاملی است که با اختلال عملکرد هورمونی، اتونومیک و معده‌ای- روده‌ای نیز مرتبط است (۳). در یک مطالعه افزایش سطح آندروژن‌های مادری در هفته‌های ۱۷ و ۳۳ بارداری با تهوع و استفراغ بارداری مرتبط دانسته شده است (۴). از طرفی در مطالعه‌ای قدیمی‌تر، افزایش سطح دهیدرواپی آندروسترون سولفات و کاهش سطح تستوسترون در سه ماهه سوم بارداری در گروه دارای تهوع و استفراغ بارداری نسبت به گروه بدون تهوع و استفراغ گزارش شده است (۵). این بیماری با استفراغ مداوم، کتونوری، اختلالات الکترولیتی مانند هیپوکالمی و دهیدراتاسیون که منجر به بالا رفتن وزن مخصوص ادرار می‌شود، مشخص می‌شود. تهوع و استفراغ در سنین بالاتر، زنان چندزایا و سیگاری‌ها کمتر دیده می‌شود که این موضوع به حجم کمتر جفت در این زنان نسبت داده شده است. در یک مطالعه، ۶۳٪ از زنان چندزایی که دچار تهوع و استفراغ بودند، همین علائم را در بارداری قبلی نیز ذکر می‌کردند. تهوع و استفراغ با کاهش خطر سقط همراه است (۶). سیر بالینی تهوع و استفراغ طی بارداری، رابطه نزدیکی با سطح گنادوتروپین جفتی انسان یا hCG دارد (۷). این نظریه ارائه شده است که hCG ممکن است تولید استروژن را از تخمدان تحریک کند و مشخص شده است که افزایش استروژن، تهوع و استفراغ را افزایش می‌دهد. زنان باردار دوقلو یا مول هیداتیفرم که نسبت به سایر زنان باردار، سطح hCG بالاتری دارند، در معرض خطر بیشتر این علائم هستند. یک نظریه دیگر این است که کمبود ویتامین‌های گروه B ممکن است در این میان نقش داشته باشد، چرا که استفاده از مولتی ویتامین‌های حاوی ویتامین B، بروز تهوع و استفراغ را کاهش می‌دهد. اگر چه ادعا شده است که تهوع و استفراغ ممکن است ناشی از عوامل روانی باشد، اما نتایج مناسبی برای حمایت از این مساله وجود ندارد (۶). عوارض مادری نادر قابل پیشگیری و یار بارداری، شامل نوروپاتی‌های محیطی ناشی از کمبود ویتامین B۶ و B۱۲ و از همه وخیم‌تر انسفالوپاتی ورنیکه ناشی از کمبود ویتامین (ویتامین B۱) است (۸). تهوع و استفراغ بیشتر در زنانی که ولین بارداری را تجربه می‌کنند

کنند، زنان جوان، بی سواد، غیر سیگاری، زنانی که بارداری چند قلو دارند و همچنین زنانی که وزن بیشتری دارند دیده می شود (۹). متأسفانه درمان تهوع و استفراغ در خانم باردار به ندرت آنقدر موفقیت آمیز است که خانم باردار تسکین کاملی را احساس نماید، اما این احساس ناخوشایند را می توان به حداقل رساند (۱)

تشخیص افتراقی

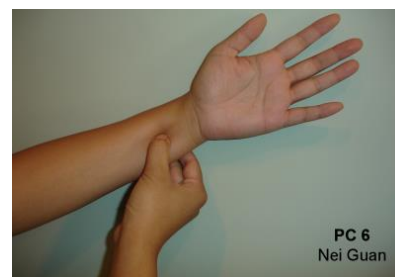
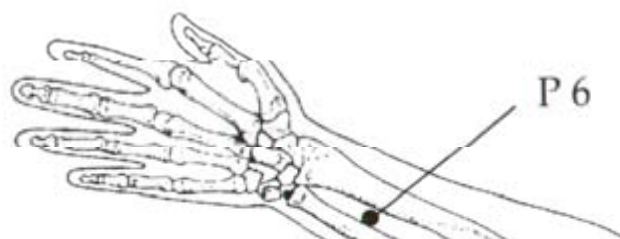
تهوع و استفراغ بارداری را باید از سایر بیماری‌هایی که موجب استفراغ مداوم در بارداری می‌شوند، ازجمله بیماری‌های گوارشی مانند آپاندیسیت، هپاتیت، پانکراتیت یا بیماری‌های مجاری صفراوی همچنین بیماری‌های کلیوی مانند پیلونفریت و اختلالات متابولیک همانند کتواسیدوز دیابتی، پورفیری و یا بیماری آدیسون افتراق داد. وجود تب، درد شکم یا سردرد در زنان دچار ویار بارداری غیر معمول است و علت دیگری را مطرح می‌کند.

آزمایش‌ها باید اصولاً شامل اندازه‌گیری سطح کتون‌های ادرار، نیتروژن اوره خون، کراتینین، آلانین آمینوترانسفراز، آسپارات آمینوترانسفراز، الکتrolیت‌ها، آمیلاز و تیروتروپین (و همچنین تیروکسین [T₄] آزاد در صورت سرکوب تیروتروپین) باشد. از آنجا که hCG با تیروتروپین واکنش متقاطع دارد و غده تیروئید را تحریک می‌کند، تیروتروپین به طور معمول در این بیماران سرکوب می‌شود. این هیپرتیروئیدی بارز معمولاً خودبخود برطرف می‌شود و درمان با پروپیل تیواوراسیل، تهوع و استفراغ را از بین نمی‌برد. بیماران مبتلا به هیپرتیروئیدی اولیه به ندرت دچار استفراغ می‌شوند. سطح T₄ و تیروتروپین در بیماران دچار ویار بارداری ممکن است شبیه به بیماران مبتلا به گریوز باشد؛ اما بیماران مبتلا به ویار، یافته‌های بالینی بیماری گریوز یا آنتی‌بادی‌های تیروئیدی را ندارند. اگر سطح T₄ آزاد در غیاب سایر شواهد بیماری گریوز، بالا رفته باشد، این آزمایش باید در مراحل بعدی بارداری، در پیرامون هفته ۲۰ تکرار شود چرا که این سطح در غیاب هیپرتیروئیدی، در آن هنگام طبیعی می‌شود. سونوگرافی باید برای تشخیص بارداری چندقلو یا مول هیداتفرم انجام شود (۶).

- طب سوزنی

طب فشاری شاخه‌ای از طب سوزنی است با این تفاوت که در آن نیازی به استفاده از سوزن در تحریک نقاط نمی‌باشد (۲۰). پرکاربردترین نقطه برای کنترل تهوع و استفراغ در طب فشاری نقطه نیگان می‌باشد (۲۱) (تصویر ۱). این نقطه نزدیک عصب مدیان در سطح کف دستی ساعد تقریباً به اندازه پهنای سه انگشت (۴ سانتی متر) بالای اولین چین عرضی مچ دست در بین تاندون‌های جمع‌کننده زند زبرین قرار گرفته است. تحریک نقطه مذکور ممکن است یک ماده نوروشیمیایی را رها کند که این ماده مرکز استفراغ در بصل النخاع را غیر حساس می‌نماید (۲۲). یکی از روشهای تحریک نقطه نیگان استفاده از سی باند (چون اولین بار جهت از بین بردن بیماری حرکت و دریازدگی در ملوانان استفاده شد، سی باند نام گرفت) که نوعی باند تجارتي است می‌باشد (۲۳). این باند دارای یک تکه در سطح داخلی بوده که با قراردادن تکه در روی نقطه نیگان فشار ثابتی به این منطقه وارد می‌شود (۲۴). تصویر ۲

تصویر شماره ۱



تصویر شماره ۲

طب فشاری برای از بین بردن حالت تهوع

پیدا کردن نقطه ای بر روی مچ دست که بر روی قسمت داخلی ساعد قرار دارد، سه انگشت بالاتر از کف دست که در تصویر نشان داده شده است با استفاده از انگشت شست یا انگشت سبابه محکم بر روی آن قسمت با حرکت دایره ای بمدت ۲-۳ دقیقه فشار دهید سپس همین کار را بر روی مچ دست دیگر خود نیز تکرار کنید تحریک این نقطه خاص استفراغ را خنثی میکند. این نکته به عنوان P-۶ (پیکارد ۶)، یا دروازه داخلی شناخته شده است. وقتی با کمک انگشت شست یا انگشت سبابه بر روی آن قسمت فشار میدهم، یک سیگنال به مغز فرستاده می شود، درست پس از آن که بدن شروع به آزاد کردن سروتونین، دوپامین و اندورفین میکند. این هورمون ها مواد شیمیایی در ارگانیسم را تغییر میدهد و باعث از بین رفتن استفراغ می شود.

ارزیابی

درمانگر بهتر است مسایل روحی وروانی زنان باردار را ارزیابی کند. بر اساس خلقت حالات روحی و خلقی زنان تاثیر زیادی در تهوع و استفراغ حاملگی ایفا می کنند. زنان بطور ناخود آگاه با این تصور که با حاملگی زیبایی و جذابیت خود را برای همسرانشان از دست میدهند یا ترس از بچه داری یا در زنانی که چند دختر یا پسر دارند ترس از اینکه نکند جنسیت نوزاد تکراری باشد و همچنین در حاملگی های ناخواسته، ناآگاهانه با بارداری خود بصورت تهوع واستفراغ مقابله و مخالفت می کنند. پس در این شرایط خطیر وظیفه بعهده مرد است تا با مطمئن کردن همسر خود نسبت به جذابیت وزیبایی اش وهمچنین فراهم کردن یک محیط آرام ودور از تنش همسر خود را حمایت کند.

توصیه ها

قبل از استفاده از دارو استراتژیهای که در پی آورده می شوند سودمند می باشند. به زنان باردار توصیه کنید که از مواجهه با بوهه، غذاها و مکمل هایی که محرک تهوع هستند، پرهیز نمایند. محرک های شایع شامل غذاهای چرب یا ادویه دار و قرص آهن است. تجارب بالینی نشان می دهند که خوردن حجم کم غذا چند بار در روز و نوشیدن مایعات میان وعده های غذا و همچنین خوردن غذاهای پروتئین، خشک و بدون بو کمک کننده است. به طور معمول، به خانم ها توصیه می شود که تهوع را با هنگام صبح و قبل از برخاستن از بستر مقدار کمی بیسکویت کم شیرین یا جویدن نان خشک کنترل کنند. نوشیدن یک فنجان چای سیاه کمرنگ قبل از بلند شدن از رختخواب بسیار کمک کننده خواهد بود. منابع ویتامین B۶ و روی، که در ذیل عنوان می گردد نیز کمک کننده است. نان گندم کامل (گندم همراه سبوس)، دانه ها، آجیل ها، کشمش، شیر، جوجه. دم کرده های گیاهی بابونه و نعناع مفیدند (۸). خوردن غذاهای کم آب، کم چرب (مثل پنیر، نان برشته و مربای توت فرنگی و یا گیلان کم شیرین)، کباب، تخم مرغ پخته شده و سیب زمینی، مصرف یک لیوان آبمیوه یا یک عدد میوه شیرین مانند گلابی هنگام شب قبل از خواب، اجتناب از گرسنگی و نیز تناول غذاهای نسبتا سرد به علت بوی کمتر مناسب هستند. نوشیدن لیموناد شیرین، عرق نعنا، و خوردن تمشک بعد از استفراغ مفید می باشند. همچنین قدم زدن در هوای آزاد و سالم می تواند در بهبود و شادابی زنان باردار موثر باشد (۷).

به دنبال تراژدی تالیدومید و اثرات مصرف آن در مادران باردار محدودیت مصرف دارو در بارداری جدی گرفته شد. از آن زمان به بعد زنان باردار به دلیل ترس از اثرات تراتوژنی تمایلی به مصرف دارو در زمان بارداری ندارند. اگر چه استفاده از داروها در طول بارداری در بسیاری از مواقع اجتناب ناپذیر و تا حدودی علمی و عاقلانه است (۱۲) اما دارودرمانی تهوع و استفراغ بستگی به شدت آن دارد و می تواند به صورت تغییر در رژیم غذایی تا بستری شدن و یا حتی تغذیه از راه ورید باشد (۱۰). روش های دارودرمانی مختلفی در دسترس است که اغلب آنها با استفاده از داروهای صنعتی و شیمیایی انجام می شود. به جدول شماره ۱ مراجعه شود (۱۱).

دارودرمانی

جدول شماره ۱ رایج ترین داروهای در دسترس را بطور خلاصه معرفی می کند.

جدول شماره ۱ (۶)

دارو	دوز	عوارض جانبی	گروه بندی FDA	توضیحات
ویتامین B۶ (پیریدوکسین)	۱۰-۲۵ میلی گرم خوراکی هر ۸ ساعت	با مصرف بیش از ۲۰۰ میلی گرم در روز به مدت بیش از ۳۰ روز، ایجاد نشانگان وابستگی به	A	ویتامین B۶ یا ترکیب آن با آنتی هیستامین به عنوان دارودرمانی خط اول توصیه می

شوند	ویتامین B6 گزارش شده است.		
		ترکیب ویتامین B6 + دوکسیلامین	پیریدوکسین ۲۵-۱۰ میلی گرم هر ۸ ساعت؛ دوکسی لامین ۱۲.۵ میلی گرم خوراکی ۳ یا چهار بار در روز
حذف از داروهای ژنریک	A	ترکیب ویتامین B6 + دوکسیلامین، فرمولاسیون تاخیری	۱۰ میلی گرم پیریدوکسین و ۱۰ میلی گرم دوکسیلامین، آهسته رهش؛ ۲ قرص هنگام خواب، ۱ قرص هنگام صبح در صورت لزوم به اضافه ۱ قرص بعد از ظهرها در صورت لزوم
خط اول		آنتی هیستامین‌ها	خواب آلودگی
	A	دوکسیلامین	۲۵-۱۲/۵ میلی گرم هر ۸ ساعت
	B	دیفن هیدرامین	۵۰-۲۵ میلی گرم هر ۸ ساعت
	B	مکلیزین	۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت
	C	هیدروکسی‌زین	۵۰-۲۵ میلی گرم هر ۶-۴ ساعت
	B	دیمن هیدرینات	۱۰۰-۵۰ میلی گرم هر ۶-۴ ساعت
		فنوتیازین‌ها	علایم اکستراپیرامیدال، خواب آلودگی
آسیب‌های شدید بافتی در صورت مصرف وریدی (هشدار جدی)؛ تجویز خوراکی، یا عضلانی ارجح است. (داروی خط دوم)	C	پرومتازین	۲۵-۱۲/۵ میلی گرم خوراکی هر ۶-۴ ساعت
به صورت قرص بوکال نیز در دسترس است	C	پروکلرپرازین	۱۰-۵ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت
		آنتاگونیست‌های دوپامین	خواب آلودگی، اثرات آنتی کولینرژیک
	C	تری متو بنزامید	خوراکی ۳۰۰ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت تزریقی ۲۰۰ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت
دارودرمانی طولانی تر از ۱۲ هفته خطر دیس‌کینزی تاخیری و بروز عوارض اکستراپیرامیدال را افزایش می‌دهد	B	متوکلپرامید	۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت دیس‌کینزی تاخیری (هشدار جدی)
هشدار جدی در مورد ایجاد Torsades de pointes	C	دروپریدول	۲/۵-۱/۲۵ میلی گرم تنها به صورت داخل عضلانی یا داخل وریدی
		آنتاگونیست گیرنده ۵-HT3 هیدروکسی تریپتامین ۳ (۵-)	یبوست، اسهال، سردرد، ضعف
به صورت قرص تجزیه پذیر خوراکی (ODT) هم در دسترس است؛ گران تر از قرص خوراکی معمول اندانسترون	B	اندانسترون	۸-۴ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت خوراکی یا تزریقی وریدی
		گلوکوکورتیکوئید متیل پردنیزولون	
از مصرف آن پیش از هفته ۱۰ اجتناب شود؛ حداکثر طول درمان ۶ هفته است تا عوارض جانبی وخیم در مادر به حداقل برسد. برای موارد مقاوم و خط	C		۱۶ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت ۳ روز سپس طی ۲ هفته کاهش داده می شود افزایش اندک خطر شکاف لب در صورت مصرف قبل از هفته دهم

آخر درمان است.				
به صورت مکمل غذایی و بدون نسخه (OTC) در دسترس است	C	ریفلاکس، سوزش سردل	۱۲۵-۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت	فرآورده‌های زنجبیل

*این فهرست داروها کامل نیست. FDA: سازمان غذا و داروی ایالات متحده
 + گروه بندی FDA، به‌قرار زیر است: A، مطالعات شاهددار خطری را نشان نمی‌دهند. B، شواهدی از خطر در انسان وجود ندارد. C، خطر آن را نمی‌توان رد کرد. D، شواهد به نفع وجود خطر و X، در بارداری منع مصرف دارد.

در صورت شکست روشهای ساده، برای اصلاح دهیدراتاسیون، کتونمی، نقایص الکترولیتی و عدم تعادل اسید - باز، از محلولهای کریستالوئیدی داخل وریدی استفاده می شود. اگر استفراغ بعد از ریهیدراتاسیون پابر جا بماند و درمان سرپایی شکست بخورد، بستری کردن بیمار اندیکاسیون می یابد. پس از آن داروهای ضد استفراغ مانند پرومتازین، پرکلورازین، کلرپرومازین یا متوکلوپرامید به صورت تزریقی تجویز می شوند. شواهد کمی در مورد موثر بودن گلوکوکورتیکواستروئیدها وجود دارند. در صورتی که استفراغ پابرجا پس از بستری کردن وجود داشته باشد، باید اقدامات لازم برای رد کردن بیماری های زمینه ای احتمالی به عنوان علت استفراغ شدید انجام شوند. نمونه های اختلالات زمینه ای شامل گاستروانتریت، کوله سیستیت، پانکراتیت، هپاتیت، زخم پپتیک و پیلونفریت هستند. علاوه بر این، پره اکلامپسی شدید و کبد چرب مسایلی هستند که بعد از اواسط بارداری مطرح می شوند. به دنبال دارودرمانی، در اکثر زنان پاسخ مطلوبی حاصل می شود و می توان آنان را با دارودرمانی ضد استفراغ به منزل فرستاد. اگر عوامل روانی و اجتماعی همزمان در ایجاد بیماری دخالت داشته باشند، بیمار معمولاً "با بستری شدن به میزان چشمگیری بهبود پیدا می کند، اما ممکن است مشکلات وی بعد از ترخیص عود کنند. در این زمان کمک رسانی در زمینه مشکلات روانی- اجتماعی سودمند است (۲۵).

به دلیل عوارض داروهای صناعی امروزه استفاده از درمان های جایگزینی و تکمیلی مورد توجه قرار گرفته است. این روش ها دامنه ای از ویتامین درمانی، گیاه درمانی، هیپنوتراپی، طب سوزنی و طب فشاری را در بر می گیرند (۱۳). استفاده از داروهای گیاهی یکی از این روشها است که نگرانی های مصرف داروهای صناعی و شیمیایی را کمتر در پی دارد. سماق، سیر، بابونه، نعناع، بلوط دریایی و زنجبیل از گیاهان مورد استفاده در درمان تهوع و استفراغ بارداری می باشند. زنجبیل به عنوان ادویه، تاریخچه ای طولانی در مصارف غذایی و دارویی دارد. در طب سنتی در کشورهای چین، ژاپن و هندوستان جهت دارودرمانی بیماری های مختلف به خصوص تهوع و استفراغ بارداری به کار می رود (۱۴و۱۵). به دنبال مصرف زنجبیل، هیچ موردی از سقط جنین یا افزایش نواقص جنینی و عوارض مادری مشاهده نشده است (۱۶-۱۸). در کشور ما چای زنجبیل، بیسکویت زنجبیل و کپسول زنجبیل موجود است که اشکال مختلف موثر در رفع این عارضه محسوب می شوند (۱۹). استفاده از سماق نیز مرسوم است. پنجاه گرم سماق نیمکوب شده را با پنجاه گرم زیره ی سیاه سائیده شده مخلوط و روزانه سه بار هر بار به میزان حدود ۵ تا ۱۰ گرم میل نمائید. برگ نعناع کوبیده شده را با آب انار ترش یا رب انار ترش خیسانده و روزی چهار بار هر بار یک قاشق مرباخوری میل نمائید. از خوردن شیر مانده، نان مانده و کپک زده، انواع ساندویچ، انواع کنسرو و پیتزا پرهیز کنید.

۲- خستگی

خستگی در زنان باردار مسئله مهمی است (۱) که برای اولین بار در متون چند دهه پیش یعنی از اوایل دهه ۱۹۵۰ گزارش شد (۳و۲). خستگی به عنوان یک مفهوم چند عاملی، چند بعدی و پیچیده معرفی می شود (۴) که حالت خود تشخیصی دارد و بیمار در آن وضعیت، احساس تحلیل قوا، کاهش توان جسمی و ظرفیت روانی می کند (۱). خستگی ممکن است کم، متوسط یا شدید طبقه بندی شود. خستگی متوسط تا شدید تا ۷۲٪ در زنان باردار ذکر شده است (۵). افزایش بروز زایمان سزارین (۶و۱)، زایمان نوزاد کم وزن (۷و۶) و نیز نوزاد نارس از جمله پیامدهای خستگی مادران باردار است.

اتیولوژی

خستگی در سه ماهه اول میتواند با تغییرات هورمونی یا ارگانوژنز در ارتباط باشد. این فاکتورها، باعث می شوند تا خانم احساس خواب آلودگی پیدا کند. در طی سه ماهه سوم، احساس خستگی با، افزایش وزن، سختی حرکت و افزایش تقاضای متابولیک بدن برای آمادگی برای لیبر و آمادگی برای شیردهی در ارتباط است (۸). از اوایل بارداری به بعد، اکثر زنان از خستگی و تمایل به خواب بیش از حد شکایت می کنند. این مساله احتمالاً از اثر خواب آور پروژسترون ناشی می شود. علاوه بر این، به علت کاهش خواب REM و طولانی شدن خواب NON-REM، کارایی خواب کمتر می شود. بیماری صبحگاهی ممکن است سبب تشدید خستگی و خواب ناکافی شود.

تشخیص افتراقی

خستگی را از کم خوابی که منجر به احساس خستگی می شود تشخیص دهید. اگر در دوران بارداری دچار کم خوابی شده اید، از چراغ خواب هنگام خوابیدن استفاده نکنید. پرده های اتاق را بکشید و در سکوت استراحت نموده تا بخواب بروید. از خوردن چای و قهوه علیرغم اینکه ممکن است درد را کاهش دهد، جدا اجتناب کنید.

توصیه ها

به هشدارهایی که بدنتان می دهد توجه کنید. برای شروع سعی کنید زودتر بخوابید و در طول شب خواب کافی داشته باشید (حداقل ۹ تا ۱۰ ساعت، البته در صورتیکه بتوانید بخوابید). همچنین سعی کنید در طول روز نیز چرتی بزنید. اگر سر کار می روید یک چرت ۱۵ دقیقه ای هم خیلی کمک کننده است. حتی اگر در محل کارتان امکان دراز کشیدن (مثلاً در نمازخانه) هم نیست سرتان را روی میز بگذارید و استراحت کنید. حتی می توانید اگر ماشین دارید صندلی آن را بخوابانید و داخل ماشین استراحت کوتاهی بکنید. سعی کنید برنامه هایتان را تنظیم کنید. در صورتیکه امکان داشته باشد سعی کنید از تعهدات کاریتان کم کنید و کارهایتان را برای آخر هفته به خانه ببرید. بدین صورت شاید بتوانید یکی دو ساعت زودتر به خانه بروید. اگر می توانید یک روز وسط هفته را هم مرخصی (استحقاقی و یا اگر حالتان خوب نیست استعلاجی) بگیرید. اگر خانه دار هستید هر از گاهی استراحتی بخود بدهید و نگهداری کودکان دیگران را به کس دیگری بسپارید تا بتوانید استراحت کنید. مطمئن شوید تغذیه تان درست است. بدن شما به ۳۰۰ کالری اضافه در روز نیاز دارد که البته نباید از مواد غذایی نظیر چیپس و شکلات تأمین شود. یک رژیم غذایی سالم از سبزیجات، میوه جات، غلات (با سیبوس)، شیر کم چربی و گوشت بدون چربی و لخم می تواند انرژی را باشد. در مقابل، هله هوله در واقع انرژی شما را تحلیل می برد. تنقلات مناسب در یک رژیم غذایی سالم شامل میوه و ماست است. همچنین سعی کنید کافئین کمتری مصرف کنید (اگر قهوه خور هستید کمتر بخورید) و آب نیز زیاد بنوشید. هر روز کمی ورزش سبک کنید. ممکن است حس کنید امکان ندارد که توانی برای ورزش کردن داشته باشید با این حال سعی خود را بکنید. توجه داشته باشید که یک ورزش سبک نظیر پیاده روی کوتاه می تواند حالتان را بهتر کند. سعی کنید در طول روز چندین بار حرکات کششی و تنفس عمیق انجام دهید.

دارودرمانی

خوراکی هایی مانند انگور زرد و رسیده، خرمای خشک، کشمش، عسل، دم کرده نعناع، عرق آویشن و عرق نعناع خستگی تن را برطرف می کنند. همچنین می توانید زیرفون را دم کنید و یک فنجان (۵۰ سی سی) از آب صاف کرده ای آن را بنوشید و ۵۰۰ سی سی آن را در آب وان حمام ریخته و به مدت نیم ساعت در آب وان دراز کشیده و بدنتان را آرام ماساژ دهید. خواب های کوتاه روزانه و مصرف سداتیوهای ملایم در هنگام خواب مانند دیفن هیدرامین معمولاً "مفید واقع می شوند (۹).

۳-یبوست

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از دویست میلیون بارداری در جهان اتفاق می افتد (۱). این گروه کثیر نیاز به خدمات بهداشتی دارند و عدم توجه به آنان موجب خطرات و صدمات عمده ای در جامعه می شود. تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی مربوط به بارداری، تمام سیستمهای بدن مادر از جمله دستگاه گوارش را تحت تاثیر قرار می دهد، در واقع شایع ترین تغییرات در دستگاه گوارش رخ می دهد (۲-۳). از میان مشکلات گوارشی، تهوع، استفراغ، سوزش سردل و یبوست از شایع ترین مشکلات گوارشی و شکایات زنان در دوران بارداری محسوب می شوند (۶-۲). یبوست در ۴۰-۱۱٪ بارداری ها رخ می دهد و در سه ماهه اول و سوم بارداری شیوع بیشتری دارد (۷و۳و۶). به دلیل تحقیقات محدود در این زمینه، اثرات بارداری بر عمل دفع کاملاً "مشخص نیست (۸و۹). از میان علائم بالینی و ذهنی یبوست، کاهش دفعات دفع مدفوع و سختی مدفوع از همه مهم ترند. علائم دیگری نظیر درد مقعد، تخلیه ناکامل مدفوع، حجم کم مدفوع، اتساع شکمی، نفخ، گاز، زور زدن هنگام اجابت مزاج، احساس پری و فشار لگنی، عدم موفقیت برای عمل دفع در طی بیست و چهار ساعت یا حتی ترشح اگزودا و خونریزی از رکتوم را نیز در تعریف یبوست در نظر می گیرند (۴و ۶و ۹).

اتیولوژی

دروسمن (۱۹۹۵) سه معیار را برای تعریف یبوست استاندارد می داند: زور زدن هنگام دفع مدفوع، سختی مدفوع در بیش از ۷۵٪ موارد و اجابت مزاج کمتر از ۳-۲ بار در هفته. او همچنین بیان می کند علت آن در بارداری ممکن است در ارتباط با کاهش حرکات روده کوچک، بزرگ و یا هر دو در اثر رحم بزرگ شده یا اثرات هورمونی باشد (۱۰). ژول (۲۰۰۱) می نویسد افزایش پروژسترون در

این دوره می تواند باعث کاهش حرکات معدی-روده ای شود (۷-۹و۴). عواملی نظیر سن، تیپ شخصیتی، وضعیت شغلی، تعداد زایمان ها، چاقی، استرس، اضطراب، فعالیت بدنی، عادات غذایی، تغییر در شیوه زندگی، مصرف قرص آهن، کلسیم، ملینها، آنتی اسیدها، ویتامین های مکمل، مصرف هورمون های استروئیدی، برخی بیماری های سیستمیک، متابولیک و روان تنی و عدم حمایت بافت های لگنی را در ایجاد آن موثر دانسته اند (۴و۹و۶). یبوست با عواملی چون بواسیر، سردرد، افسردگی، اختلال اشتها همراه بوده و مصرف ملین ها به منظور بهبود و درمان این مشکل با عوارضی چون احتباس سدیم و اختلال جذب ویتامین ها محلول در چربی، هیپوپروترومبینمی و خونریزی در مادر و اسهال در نوزاد همراه بوده است (۷و۹). مطالعات انسانی در مورد بی خطر بودن آنها و عوارض ناشی از داروهای گیاهی بر طرف کننده این مشکل دربارداری نیز بررسی نشده است، به علاوه به دنبال مصرف این داروها و همچنین داروهای ضد تهوع، استفراغ و سوزش سردل زیان های اقتصادی قابل توجهی به خانواده و جامعه تحمیل می شود (۱۱).

چندین فاکتور برای ایجاد یبوست وجود دارد که شایعترین آنها تجویز آهن برای رفع کم خونی در بارداری است.

توصیه ها

هر روز غذاهای سرشار از فیبر نظیر غلات، نان سبوس دار، و میوه جات و سبزیجات تازه بخورید. به صبحانه خود دو قاشق غذاخوری سیبوس گندم (که از داروخانه ها می توان تهیه کرد) اضافه کنید و پس از آن یک لیوان آب بخورید. آب زیاد بنوشید (حداقل ۶ تا ۸ لیوان در روز). روزی یک لیوان آب میوه، بویژه آب آلو بخارا نیز می تواند کمک کننده باشد. ورزش کنید. پیاده روی، شنا، دوچرخه ثابت، و یوگا همگی در کاهش یبوست کمک کننده بوده و در عین حال به سلامتی و تناسب اندام کمک می کنند. به نیاز بدن خود توجه کنید. اگر نیاز به دستشویی رفتن دارید هیچگاه از رفتن به دستشویی خودداری نکنید. با راهنمایی درمانگر از قرص های حاوی فیبر که داروخانه ها بدون نسخه هم می فروشند استفاده کنید. انجام ورزشهای سبک و مناسب در دوران بارداری مانند قدم زدن، نوشیدن مایعات گرم یا خیلی سرد در صبح هنگامی که معده خالی است (۱۷).

دارودرمانی

یکی از درمان های مکمل و جانشین که گفته می شود بر یبوست تاثیر دارد، رفلکسولوژی است که در ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد سابقه دارد. قدمت آن برابر با طب سوزنی است که به حدود ۵ هزار سال پیش باز می گردد (۱۲). فرر (۲۰۰۵) می نویسد رفلکسولوژی ماساژی محکم در مناطق معینی از بدن است که بعضی از اثرات آن شامل آرامش، اثر ضد درد **تمدد** اعصاب در ارگانهای مختلف بدن است (۱۳). یبوست، سردرد، احتقان سینوس، تهوع، استفراغ، اضطراب، کمردرد، افسردگی، بی خوابی و سیاتالژی شکایات دوران بارداری هستند که پاسخ خوبی به رفلکسولوژی می دهند (۱۴و۱۵). رژیم غنی از فیبر می تواند از ایجاد یبوست پیشگیری کند و همچنین به رفع این مشکل کمک کند. موضوع مهم در رفع این مشکل، دریافت کافی مایعات توسط خانم است که باعث نرم شدن مدفوع و دفع راحتتر آن می گردد. انجام مرتب ورزش در رفع مشکل بسیار با اهمیت است. خوردن سبزیجات و میوه های پوست نکنده باید توصیه گردد. موز برای جبران آب، و عسل برای لغزنده کردن و دفع راحتتر مدفوع بسیار مفیدند. چای بابونه، زنجبیل تازه و آبگرم و آب آلو هم بسیار مفیدند. ماساژ شکم با روغن ماندارین **Acupressure** یا **mandarin** از استخوان پوبیس تا ناف به دفع راحتتر مدفوع کمک می کند (۱۶). در صورت وجود یبوست استفاده از غذاهای ملین مثل میوه های خشک (انجیر خشک، آلوی خیسانده، قیسی و برگه)، سبزیها مانند کاهو، خیار و نخود سبز پخته، روغن زیتون یا هر روغن مایع دیگری همراه با سالاد به برطرف کردن یبوست کمک می کند. مصرف هیچ گونه ملین دارویی و یا گیاهی بدون تجویز درمانگر در زمان بارداری توصیه نمی شود، زیرا بعضی از آنها باعث تحریک انقباضات رحمی می شوند. استفاده از پودر پسیلیوم (اسفرزه) نیز موثر است. همچنین می توانید یک قطعه صابون باندازه هسته خرمای مضافتی را شیاغ و یا روغن گلیسیرین را با آب صابون مخلوط و یکبار تنقیه کنید. دوازده مثقال روغن زیتون را با ۱۰۰ میلی لیتر آب گرم مخلوط و روزی دو بار تنقیه کنید.

۴- هموروئید

بواسیر یا وجع یا شقاق یا هموروئید نوعی بیماری قسمت انتهائی دستگاه گوارش یا مقعد است که وریدهای مقعد در مبتلایان خاصیت طبیعی خود را از دست داده اند. این بیماری اقسام مختلف و متنوعی دارد. بواسیر خونی یا چرکی (عفونی)، بواسیر بادی، بواسیر تکمه ای و ... نوع آخر به شکل های گوناگونی تظاهر می کند. مهمترین این تظاهرات شامل زگیلی شکل، آویزان (مانند ریشه بوته)، کلاف واریسی، گرد و توپولی و ... می باشد. معاینه مقعد توسط درمانگر در تشخیص بیماری در زنان باردار حائز اهمیت است. در صورت ابتلا

وینار دارودرمانی بیماری‌های شایع زنان در دوران بارداری و هنگام زایمان

دکتر فروتن

به بیماری، از زورزدن، سرپانچستن حتی در توالت های سنتی، پریدن از روی موانع در هنگام راه رفتن و بالا رفتن از کوه و حتی پله در صورت امکان اجتناب شود.

اتیولوژی

ابتلا زنان باردار در پی بارداری بیشتر در سه ماهه دوم و سوم گزارش شده است. گرچه اتیولوژی هموروئید نامشخص است، فاکتورهای متعدد درگیر در سبب شناسی، به خوبی شناخته شده اند. این فاکتورها شامل وجود بیماری روده و رژیم غذایی کم فیبر، سابقه یبوست طولانی مدت و شدید که فرد را ملزم به زور زدن در خروج مدفوع می کرده است، تورم رگ به دلیل افزایش فشار ایجاد شده ناشی از بزرگ شدن شکم و ... هستند. (۱). این بیماری زنان چاق و دچار پرفشاری خون را بیشتر آذیت می کند.

علائم

هموروئید می تواند با علایمی مشابه اختلالات مقعدی دیگر معرفی شود. قبل از توصیه درمانی به زنان باردار باید درمانگر باید علائم بیمار را بررسی کند. تورم، خارش و سوزش علائم معمول و مشابه علایمی هستند که در بالغین غیر باردار دیده می شوند (۲). شدت علائم بیمار قبل از هر گونه توصیه ای باید بررسی شود. درد، علائم شدید، خونریزی، نشت مدفوع، برآمدگی مقعد، تغییرات عادات روده، و سابقه خانوادگی سرطان روده همگی شایسته ارزیابی فوری درمانگر هستند (۳). هموروئیدها به دو دسته تقسیم می شوند: دسته اول: هموروئید داخلی نام دارد که اکثرا درد ندارند، تنها علامت آنها خونریزی به همراه خروج توده از مقعد می باشد. دسته دوم: هموروئید های خارجی که همراه با درد و لمس توده حساس در ناحیه مقعد می باشند که گاهی خونریزی زیر جلدی ایجاد کرده و باعث درد شدید می شود، در این حالت لازم است به جراح مراجعه شود.

درمان غیر دارویی

مانند دیگر مشکلات دستگاه گوارش، هموروئید باید با افزایش مایعات و فیبر رژیم غذایی درمان شود. غذاها و آشامیدنی هایی که علائم را ایجاد یا تشدید می کنند باید محدود شوند. اجتناب از مصرف مواد یبوست زا مانند چای و نوشابه مفید خواهد بود (۴)، نشستن در آب گرم در وان حمام نیز تسکین ایجاد می کند. به دلیل ارتباط میان زور زدن و یبوست و هموروئید، بسیاری از درمانهای یبوست برای هموروئید نیز مناسب هستند. اجتناب از یبوست و فاکتورهای دخیل در یبوست به بهبود علائم کمک خواهد کرد. اقدامات غیر دارویی که می تواند تسکین ایجاد کند در جدول ذیل خلاصه می شوند.

جدول شماره ۲

درمان غیر دارویی هموروئید	
توصیه های رژیم غذایی	توصیه های فیزیکی
پرهیز از غذاهایی که علائم را بدتر می کنند، افزایش مصرف مایعات و فیبر	بهداشت خوب مقعد، اجتناب از نشستن زیاد در توالت در صورت امکان، اجتناب از بلند کردن اجسام سنگین، تلاش در خشک نگه داشتن محل با خشک کردن ملایم و سطحی (نه مالیدن دستمال کاغذی)، قرار گرفتن در وان ۲-۳ بار در روز جهت تخفیف علائم، ورزش تحت نظارت یک رژیم فیزیکی تایید شده

توصیه ها

در صورت ابتلا زنان باردار به بواسیر این افراد باید از خوردن تخم مرغ، گوشت، ماهی، پنیر، شیرینی های قنادی، و کلم پرهیز کنند. به جای آن از سنجید، انجیر، تره خام، اسفناج، خرفه، فلفل سبز و شیرین و خربزه (قبل از غذا) استفاده نمایند.

دارودرمانی

۱- بی حس کننده های موضعی

۲- تنگ کننده های عروقی

۳- کورتیکواستروئیدهای موضعی

۴- ترکیبات محافظ و قابض

۱- بی حس کننده های موضعی: این داروها به تسکین خارش، سوزش و درد کمک می کنند (۱). جذب به شکل حداقلی صورت می گیرد، مگر این که پوست ماساژ داده شود، این داروها باید روی پوست استفاده شوند. باید به بیماران هشدار داد تا به واکنشهای آلرژیک، که ممکن است مشابه علائم هموروئیدشان باشد، توجه کنند.

۲- برخی تنگ کننده های عروقی شامل افدرین، اپی نفرین، و فنیل افرین هستند. این داروها تورم را کاهش می دهند اما نباید در زنان بارداری که مشکلات پزشکی دارند که ممکن است با تنگ کننده های عروقی تشدید شود، از قبیل فشار خون بالا، بکار روند. بررسی بی خطری تنگ کننده های عروقی در بارداری مشکل است، زیرا این داروها معمولاً در فرآورده های ترکیبی در دسترسند.

۳- کورتیکواستروئید های موضعی: هیدروکورتیزون موضعی انتخاب دیگری برای تسکین درد و خارش است.

۴- فرآورده های محافظ و قابض (پوشاننده) متعددی از قبیل پترولئوم در دسترس هستند و با ایجاد سدی در مقابل رطوبت از آسیب بیشتر پوستی جلوگیری می کنند. پترولاتوم جذب ضعیفی دارد و در بارداری بی خطر است. (۳) مواد قابض از قبیل witch hazel می تواند سوزش ایجاد کند، که ممکن است علایم زمینه ای را تشدید کند. بی خطری و اثر بخشی این عوامل موضعی به اندازه کافی در زنان باردار ارزیابی نشده است.

از تمام این انتخاب ها، احتمالاً بی حس کننده های موضعی، مواد قابض و پوشاننده های پوستی خطر کمتری دارند. هرچند، به دلیل اطلاعات محدود در مورد بی خطری، این ترکیبات باید تحت نظارت درمانگر به کار روند.

در کنترل محافظه کارانه هموروئید، هدف تسکین درد و نرم کردن مدفوع است. برای تسکین درد، استامینوفن (رده بندی C بارداری) می تواند توصیه شود. از مصرف NSAIDs باید جتناب شود، چراکه آنها ممکن است خونریزی را بدتر کنند و در سه ماهه سوم بارداری در رده بندی D قرار دارند. انتخاب های محافظه کارانه ای جهت درمان هموروئید در طی بارداری توصیه می شوند. از آنجائیکه یبوست ممکن است هموروئید را تشدید کند، جلوگیری و درمان یبوست نیز توصیه می شود. در صورتیکه درد با روش های محافظتی تسکین نیافت، جهت ارزیابی انتخابهای دیگر، با پزشک باید مشورت شود. در صورتیکه علایم بدتر شد، به مدت بیش از ۷ روز باقی ماند، یا اگر هموروئید با درد شدید، برآمدگی مقعد، خونریزی، یا نشست مدفوع مرتبط می شود، بیمار باید با درمانگر خود تماس بگیرد. (۳). برای بطرف کردن علائم هموروئید می شود از پماد یا شیاف آنتی هموروئید نیز استفاده کرد که برحسب نیاز بیمار از یک تا چهار بار در روز بکار برده می شوند. زنان باردار دقت کنند که این دارو فقط علائمی مثل خارش و درد بواسیر را می پوشاند ولی آن را درمان نمی کند. معمولاً هم شب قبل از خواب یا بعد از هر بار دفع استفاده می شود. آنتی هموروئید از ترکیبات مختلفی مثل لیدوکائین (اثر بی حس کننده دارد) هیدروکورتیزون (اثر ضد ورم دارد) آلومینیوم ساب استات (اثر قابض) و اکسید روی که برطرف کننده خارش و التهابات پوستی است تشکیل شده است. نشستن حداقل روزی ۴ بار به مدت ۱۵ دقیقه در لگن آب گرم هم بخصوص در بواسیر نوع خارجی تسکین دهنده درد است. جهت جلوگیری از عفونت اضافه کردن پرمنگنات پتاسیم به لگن آب گرم نیز توصیه می شود. اگر بیمار درد داشت باید عادت کند موقع دراز کشیدن حتماً کمی پاهایش را بالاتر بیاورد. اگر هیچ کدام از این فعالیت ها مفید واقع نشد، بیمار باید جراحی شود.

۵- گازهای گوارشی

گازگوارشی به دو طریق بادگلو و نفخ تظاهر پیدا می کند.

بادگلو، که به نام آروغ نیز شناخته می شود، آزاد شدن ارادی یا غیر ارادی گاز از مری یا شکم است. بادگلو بیشتر بعد از غذا به دلیل شل شدن اسفنکتر پایینی مری رخ می دهد. بیشتر گاز شکم از بلع هوا ناشی می شود. هنگامیکه مقدار زیادی هوا بلعیده می شود، فرد ممکن است گاز شکم یا درد شکمی را به همان اندازه باد گلو تجربه کند. جویدن آدامس، تند غذاخوردن، سیگار کشیدن، و مصرف نوشیدنیهای کربنی ممکن است در فرو دادن هوای زیادی اثرگذار باشند. گاز شکمی به دلیل گاز جمع شده در دستگاه هاضمه، هنگامیکه هوا بلعیده می شود، یا هنگامیکه باکتریها در روده بزرگ غذای هضم نشده را تجزیه می کنند، رخ می دهد. یک مطالعه ثابت کرد که بیشتر افراد سالم به طور متوسط ۱۰ بار در روز گاز دفع می کنند؛ هرچند، دیگر متخصصان اظهار می کنند که افراد ممکن است به میزان ۱۴ بار در روز گاز دفع کنند (۵ و ۵).

اتیولوژی

اگر چه، گازهای گوارشی می تواند هر کسی را مبتلا کند، در زنان باردار می تواند مشکل ساز باشد. یک دلیل، پروژسترون است، که در طی اوایل بارداری تولید می شود. از آنجائیکه پروژسترون ماهیچه های صاف، شامل دستگاه روده ای را شل می کند. هضم به کندی صورت می گیرد، که سبب افزایش گاز شکمی و روده ای می شود. همچنین کند شدن هضم به باکتریها زمان بیشتری می دهد تا غذای هضم نشده را تخمیر کنند، که به تولید گاز بیشتر منجر می شود. (۶)

توصیه ها

از خوردن قند، شکر، چای، تخم مرغ، ماهی، خیار، آب غوره و نوشابه‌های گازدار تا جایی که امکان دارد جدا خودداری کنند.

دارودرمانی

بسیاری از زنان باردار می‌توانند گازهای تولید شده گوارشی را با تغییراتی که در رژیم غذایی خود می‌دهند کاهش دهند. یک تغییر مهم، محدود کردن میزان غذاهای تولید کننده گاز در رژیم غذایی یا کاملاً حذف غذاهایی که تحمل نمی‌شوند، است. اقدامات زیر در کاهش تولید گازهای گوارشی موثرند. چند نفس عمیق قبل از غذا خوردن به منظور آرام شدن، زیرا استرس ممکن است سبب نفخ شود، جویدن کامل غذا قبل از بلع، یادداشت هر غذا، سوال از درمانگر در مورد عدم تحمل لاکتوز، به حداقل رساندن یا اجتناب از جویدن آدامس، خوردن وعده‌های کوچک متعادل، به حداقل رساندن یا اجتناب از غذاها و آشامیدنیهای خیلی شیرین، اجتناب از نوشیدن آشامیدنیها با نی و قلمپ قلپ خوردن یا سرکشیدن با قوطی، اجتناب از غذاهایی که گاز ایجاد می‌کنند (به عنوان مثال، نخود و لوبیا، سبزیجاتی مثل کلم و سلغم)، راست نشستن هنگام غذا خوردن و اجتناب از دراز کشیدن بعد از غذا (۷ و ۳). با رژیم غذایی مناسب و اجتناب از خوردن مواد غذایی پرحجم و نفاخ مانند لوبیا، نخود، هویج، غلات، پیاز، کلم، خیار، بادمجان، گوجه و غذاهای سرخ کرده می‌توان از بروز آن پیشگیری نمود (۸). گاز در زنان باردار می‌تواند با داروهای بدون نسخه کنترل شود. برخی فرآورده‌های حاوی سایمتیکون، مانند قرص و قطره آن، یک دارودرمانی معمول برای خروج گاز از دستگاه گوارش بحساب می‌آیند. این داروهای OTC، گاز شکم و روده را با کاهش کشش سطحی حباب‌های گاز تخفیف می‌دهند. با تغییر کشش سطحی، حباب‌های گاز شکسته شده و می‌توانند از طریق باد گلو یا باد شکم حذف شوند. از آنجائیکه سایمتیکون از دستگاه گوارش جذب نمی‌شود، هیچگونه عوارض جانبی شناخته شده‌ای در حال حاضر برای آن گزارش نشده است. این داروها در رده بندی C در بارداری قرار دارند و هیچ نقص مادر زادی در مورد استفاده از آن گزارش نشده است.

داروی دیگر آلفا-گالاکتوزیداز است. این آنزیم غذاهای با فیبر بالا و سایر غذاهایی که حاوی الیگوساکاریدها هستند را قبل از اینکه بتوانند توسط باکتریهای روده بزرگ متابولیزه شوند، هیدرولیز می‌کند. محصولات جایگزین لاکتاز نیز انتخاب‌های دیگر هستند. جایگزین‌های لاکتاز ممکن است برای بیمارانی که عدم تحمل به لاکتوز دارند موثر باشد. این ترکیبات، لاکتوز را به گلوکز و گالاکتوز تجزیه می‌کنند و زمانیکه فرآورده‌های لبنی مصرف می‌شوند، به کار می‌روند. از آنجائیکه جایگزین لاکتاز در روده موضعی عمل می‌کند، در حال حاضر گزارشی از عوارض سیستمیک برای آن وجود ندارد (۳).

بیست گرم بادیان رومی نیم کوب شده را در یک لیتر آب جوش دم کنید و با هر غذا یک فنجان (۶۰ میلی لیتر) از آن را بنوشید.

۶- رگهای واریسی

بیماریهای وریدی شامل وریدهای واریسی و عدم کفایت مزمن وریدی (CVI:Chronic Venous Insufficiency) یکی از مهم‌ترین علل بیماری زایی در جوامع غربی و آمریکایی شناخته شده است (۱). وریدهای واریسی اندام تحتانی یکی از متداول‌ترین وضعیت‌هایی است که هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند (۲). در فرانسه، ایتالیا و انگلستان سالانه هزینه‌ای بالغ بر ۱۰ میلیون یورو به ازای هر یک میلیون شهروند صرف درمان اختلالات وریدهای واریسی اندام تحتانی می‌شود (۳). عدم کفایت وریدهای پا به افزایش فشار وریدهای اندام تحتانی ختم می‌شود که می‌تواند منجر به تغییرات پوستی تا زخمهای شدید شود (۴). افزایش فشار و یا ضعف در ساختار وریدها به عنوان عامل مهمی در ایجاد بیماری مطرح است (۲). علاوه بر ظاهر بد شکل اندام تحتانی، بیماران مبتلا به وریدهای واریسی اغلب از درد، سنگینی و خستگی زودرس پا شکایت می‌کنند. این علائم با ایستادن و نشستن طولانی مدت بدتر می‌شوند. نشانه‌های وخیم‌تر شامل ترومبوفلیت، هایپرپیگمانتاسیون، لیپودرمواسکلروزیس، زخم و خونریزی از ورید نازک شده می‌باشد (۵).

بسیاری از مطالعات طی ۲۰ سال اخیر شیوع واریس را از ۰.۱٪ در زنان گینه نو تا ۶۸٪ در کارگران زن کارگاه مواد شیمیایی در سوئیس گزارش کرده‌اند (۴). جنیفر بیان می‌کند شیوع وریدهای واریسی از ۲ تا ۵۶٪ در مردان و کمتر از ۱ تا ۷۳٪ در زنان متفاوت است (۶). در مطالعه‌ای دیگر شیوع واریس در اقوام آسیایی ۷.۱۸٪ گزارش شد (۷). با این حال مطالعات جمعیت عمومی که بر عوامل خطر تمرکز کرده‌اند، شیوع واریس را از ۷٪ تا ۴۰٪ در مردان و ۱۴٪ تا ۱۵٪ در زنان گزارش کرده‌اند (۲). مطالعه‌ای در ایران که مربوط به شیوع واریس در زنان باردار باشد، در مطالعه متون مشاهده نشد.

اتیولوژی

عوامل خطر متعددی برای ایجاد این اختلال مطرح است. از جمله سن بالا، جنس مونث، سابقه خانوادگی، چاقی، رژیم غذایی و همین طور مشاغلی که منجر به ایستادن‌های طولانی مدت می‌شوند. فعالیت‌های فیزیکی و ارگونومیکی یک شغل به عنوان عاملی که در ایجاد وریدهای واریسی و نارسایی وریدی موثر است، شناخته شده است (۱). در برخی از مطالعات اشاره شده است (۲ و ۸ و ۹) که آن دسته از مشاغلی که فعالیت‌های ارتواستاتیک بیشتر دارند، ممکن است شیوع و شدت واریس را افزایش دهند. البته بعضی از محققان تاثیر این فعالیت‌ها را قبول ندارند (۱۰ و ۱۱). از طرفی برخی مطالعات به ارتباط عوامل خطر دیگری همچون مصرف سیگار، قرص ضدبارداری، هورمون‌تراپی و تروما با واریس پرداخته‌اند (۶ و ۸ و ۱۲).

واریس به علت موارد ذکر شده در ذیل، در دوران بارداری تشدید خواهد شد. فشار رحم بزرگ شده بر روی شریان ایلئوفمورال، اثر شل‌کنندگی پروژسترون-این دو دلیل، استاز خون در عروق اندامهای انتهایی را افزایش می‌دهد و به تدریج باعث تضعیف دیواره عروق خونی و سرانجام واریس خواهد شد. این خانمها معمولاً "از احساس سنگینی، خستگی یا درد در پاهایشان دارند.

توصیه‌ها

خودمراقبتی نقش مهمی در پیشگیری از پیشرفت واریس دارد. از همه لباسها یا جورابهایی که بر روی ران یا ساق پاها فشار وارد می‌کنند، باید اجتناب نمود. پاها، در خلال استراحت بالاتر قرا گیرند. جورابهایی الاستیک تا جای ممکن باید پوشیده شوند و قرار دادن یک بالش زیر استخوان هیپ که تخلیه عروق را آسانتر کند، توصیه می‌گردد. ورزشهای مرتب و پیوسته، گردش خون در عروق پا را بهبود خواهد بخشید (۱۳). کمربند مخصوص ولو در واریس ولو در بهبود علائم موثر خواهد بود (۱۴). اگر چه شیوه‌ای قطعی برای پیشگیری از این مشکل وجود ندارد، اما با رعایت مواردی می‌توان شدت آن را کاهش داد.

ورزش: واریس بر اثر اختلال در جریان خون رخ می‌دهد، از این رو زنان باردار باید سعی کنند تا جریان خون را در بدن خود بهبود بخشند. پیاده روی، شنا، دوچرخه سواری، انجام حرکات ایروبی و ... در این میان نقش مؤثری دارند.

بالا بردن پاها: با قراردادن پاها روی سطحی بلند (بالاتر از سطح قلب) جریان خون دوباره به سمت قلب باز می‌گردد.

جوراب: کش تنگ جوراب مانع از جریان خون در رگ‌های میانی پا می‌شود. از این رو کش جوراب باید گشاد باشد تا خون به راحتی در پاها جریان داشته باشد.

نشستن چهار زانو: اگرچه ممکن است نشستن در این وضعیت برای مادر راحت باشد، اما باید توجه داشت که این وضعیت، فشار بیشتری را بر رگ‌ها وارد آورده و جریان خون را قطع می‌کند.

ایستادن طولانی مدت: ایستادن طولانی مدت باعث جمع شدن خون در پاها می‌شود اما در صورت حرکت دادن پاها، خون در پاها جریان پیدا می‌کند. در موارد حاد واریس باعث تشکیل لخته خون یا زخم در پاها می‌شود و گاهی نیز این مشکل با تب همراه است که در این صورت باید سریعاً به درمانگر مراجعه کرد.

اگر چه به طور طبیعی طی چند ماه پس از زایمان این مشکل از میان می‌رود، اما در صورت تداوم آن می‌توان از روش‌های دارویی با مشاوره با درمانگر بهره گرفت.

دارودرمانی

جویدن یک حبه سیر هر صبح ناشتا و سپس خوردن صبحانه به زنان مبتلا به واریس کمک می‌کند. در کنار درمان‌های شایع استفاده از گیاه زیرفون توصیه می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند گیاه زیرفون دارای خاصیت ضد التهابی می‌باشد و حتی می‌تواند در درمان بیماری واریس به کار رود و از تجمع رگ‌های خونی در بدن بکاهد. همچنین برای درمان واریس مقداری گل ارمنی را با آب چغندر پخته مخلوط و تا گرم است روی محل وریدهای واریسی بمالید و این عمل را روزی دوبار به مدت ده روز تکرار کنید. برای درمان زخم واریس باید هر بار یک مشت برگ‌های تازه بارهنگ (حدود ۳۵ گرم) را تمیز کرده و روی پا به مدت ۳۰ دقیقه قرار دهید. این عمل را روزی دو بار تکرار کنید.

۷- سوزش سر دل یا Pyrosis (ازوفاژیت ریفلاکسی)

هنگامی که محتویات اسیدی معده به سمت مری نشت می‌کند، ریفلاکس رخ می‌دهد. بدنبال این عمل، که در شرایط طبیعی دستگاه گوارش اتفاق نمی‌افتد، احساس سوزش سر معده یا حالت ترش کردن به بیمار دست می‌دهد. این نشت هنگامی رخ می‌دهد که دریچه بالایی معده که به انتهای مری متصل است توانایی طبیعی خودش در بسته شدن و در نتیجه ممانعت از نشت محتویات معده به مری را از دست داده است.

اتیولوژی

ریفلاکس معده به مری یک اصطلاح پزشکی است. این بیماری اصلی ترین دلیل برای سوء هاضمه است. سوزش سر دل و سوء هاضمه، به وسیله فشار بر روده و معده که به نوبه خود محتویات معده را به بالا و درون مری فشار می دهد، ایجاد می شود و می تواند به وسیله خوردن غذا در حجم کمتر طی روز و پرهیز از دراز کشیدن بلافاصله پس از غذا پیشگیری شود یا کاهش یابد. پروژسترون باعث شل شدن اسفنکتر کاردیال می شود و همچنین باعث کاهش حرکات دودی می گردد. بزرگ شدن رحم، فشار داخل شکم را افزایش می دهد. افزایش فشار رحم و شل شدن اسفنکتر کاردیال باعث بازگشت اسید معده به مری می شود (۱). پرخوری، با هم خوری، مصرف غذاهای چرب، نوشیدن قهوه و استعمال سیگار باعث بدتر شدن این حالت می گردد. لباس زیر مانند گن های تنگ ممکن است بیماری را تشدید کند. خم و راست شدن بعد غذا خوردن نیز باعث تحریک این حالت می شود.

توصیه ها

با رعایت نکات زیر می توان از بروز سوزش سر دل جلوگیری کرد. خوردن غذا در وعده های بیشتر ولی حجم کمتر، خودداری از مصرف غذاهای سرخ شده و پر ادویه، استفاده از لباسهایی که دور کمرشان گشاد است، پرهیز از دراز کشیدن یا خم شدن بعد از غذا، قرار دادن چند بالش زیر سر در زمان خواب تا سر و سینه بالاتر از معده قرار گیرد و غذا از معده به مری باز نگردد، آشامیدن کمی آب یا شیر، سوزش سر دل را تسکین می دهد و پرهیز از نوشیدن مایعاتی مانند دلستر همراه با وعده های غذایی و توصیه می شود زنان باردار نماز را قبل از مصرف غذا به جا آورند.

دارودرمانی

ترکیبات آنتی اسید برای تسکین و بهبود موثر است. از جمله هیدروکسید آلومینیوم، تری سیلیکات منیزیم و هیدروکسید منیزیم و مصرف این ترکیبات به بی کربنات سدیم ارجح است (۲و۳). استفاده از بی کربنات در دوران بارداری توصیه نمی شود زیرا در بارداری زمینه احتباس سدیم وجود دارد و احتمال وقوع ادم وجود دارد. آرام غذا خوردن و جویدن کامل غذا، جویدن آدامس، اجتناب از خوردن قهوه و چای داغ، بررسی وضعیت روانی، اجتماعی فرد برای مشخص کردن تنش و افسردگی، بررسی تاریخچه طب قبل برای بیماری دستگاه گوارش از قبیل کله سیستیت یا فتق هیاتال، اطمینان به بیمار، مصرف غذاهای زود هضم، اجتناب از مصرف سیگار و سایر محرکها، نوشیدن روزانه ۸ لیوان مایعات، نوشیدن آب یا شیر به صورت جرعه جرعه در هنگام وقوع سوزش سر دل کمک کننده خواهد بود. انجام ورزش *fiying* بسیار مفید است (۴).

علائم ازوفازیت ریفلاکسی، معمولاً به بالابردن قسمت سر بستر و درمان با آنتی اسیدهای خوراکی پاسخ می دهند. اگر علائم شدید ماندگار بمانند، یکی از آنتاگونیستهای گیرنده H_2 مانند سایمتیدین یا رانیتیدین تجویز می شود. این داروها جزء داروهای بی خطر در نظر گرفته می شوند، اما مصرف میزوپروسترویل کنترااندیکاسیون دارد، چون ممکن است لیبر را تحریک کند. امپرازول نیز که در گروه داروهای مهار کننده پمپ محسوب می شود، برای استفاده در زنان باردار بی خطر است. اگر حتی با این اقدامات تسکین حاصل نشود، باید اندوسکوپی صورت گیرد (۵).

۸- خونریزی لثه

زنان باردار از لحاظ فیزیولوژیک و سایکولوژیک در شرایط ویژه ای به سر می برند. لذا می توان آنان را به عنوان بیماران با ملاحظات پرپودنتیک خاص در نظر گرفت. به دلیل اثرات زیان باری که بیماری های دندان و لثه می توانند بر روی سلامت جنین داشته باشند توجه خاص به درمان و کنترل این بیماری ها از اهمیت خاصی برخوردار است (۱). در التهاب لثه، یا ژینژیویت، لثه ها بخاطر تشکیل پلاک روی دندان ها ملتهب و نرم شده و به راحتی دچار خونریزی می شوند.

اتیولوژی

آفتاباخر و همکارانش طی پژوهش خود دریافتند که بیماری پرپودنتال درمان نشده در زنان باردار ممکن است یک عامل خطر مهم برای تولد زودتر (کمتر از ۳۷ هفتگی) و کودکان با وزن کم (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) باشد (۲). در طول دوره بارداری تغییراتی در ترکیب پلاک زیر لثه ای ایجاد می شود. کورنمن و لوشه دریافتند که در طی سه ماهه دوم بارداری یک افزایش در التهاب لثه و خونریزی لثه ای بدون افزایش سطح پلاک وجود دارد. باکتری های غیر هوازی نسبت به هوازی افزایش می یابد، همچنین باکترئید ملانوزینیکوس و پروتلائینترمدیا افزایش می یابد (۲). لاپ و همکارانش پیشنهاد کردند که سطح بالای پروژسترون در طی بارداری بر ایجاد التهاب موضعی تاثیر می گذارد و باعث کمتر شدن مقاومت لثه در برابر التهاب باکتری ها می شود. همچنین هورمون های جنسی تولید

پروستاگلاندین ها را که واسطه پاسخ های التهابی هستند، تحریک می نمایند. با فعالیت پروستاگلاندین به عنوان یک مهارکننده ایمنی، التهاب لثه ممکن است افزایش یابد (۲). سایر تظاهرات دوران بارداری عبارتند از: پرمیلولایزیس یا خوردگی اسیدی دندانها که ممکن است در صورت وجود ناخوشی صبحگاهی یا آق زدن شدید رخ دهد. خشکی دهان (گزرسومی) یک شکایت مکرر در بین زنان باردار می باشد. مطالعه ای نشان داده است که این خشکی دهان پایدار در ۴۴٪ زنان باردار وجود دارد که همین مسئله می تواند منجر به افزایش خطر پوسیدگی دندان در بیمار گردد (۲).

مهمترین هدف در طرح درمان دندانپزشکی برای زنان باردار برقرار کردن یک محیط دهانی سالم و یک سطح مطلوب از بهداشت دهانی است. این شامل یک برنامه کنترل پلاک است که افزایش پاسخ آماسی بافت لثه به محرک های موضعی که توام با تغییرات هورمونی است را به حداقل رساند (۱). کیفیت تغذیه بر روی تشکیل پوسیدگی و ژنئوییت بارداری اثر دارد.

توصیه ها

مهم است که در تغذیه مادر میزان کافی مواد غذایی لازم شامل ویتامین A, C, D, پروتئین، کلسیم و فسفر وجود داشته باشد. بیماران باید غذاهای مختصر را انتخاب کنند، اما هر چه غذاها دارای شکر و نشاسته بیشتری باشند، بیشتر باعث پوسیدگی دندان ها می شوند، توصیه می گردد که تعداد این غذاهای مختصر بین وعده های غذایی محدود گردد (۱ و ۲).

در معاینه پره ناتال باید معاینه دندانها انجام شود و بهداشت خوب دندانها مورد تشویق قرار گیرد. گفته شده است که بیماری پریدونتال با لیبر پره ترم ارتباط دارد. متأسفانه، با درمان این بیماری سلامت دندان بهبود می یابد اما از زایمان پره ترم جلوگیری نمی شود. بارداری باعث تشدید پوسیدگی های دندان نمی شود. اما کمبود کلسیم در بدن زنان باردار مشکلات عدیده دندانی را برای آنها بوجود می آورد. نکته مهم این است که بارداری کنتراندیکاسیونی برای درمانهای دندانپزشکی از جمله رادیوگرافیهای دندانی نیست (۳).

دارودرمانی

اورژانسهای دندان پزشکی را باید همزمان با بروز آن در طی دوره بارداری انجام داد تا بتوان درد را کنترل کرده و عفونت را درمان نمود، چرا که در غیر این صورت باعث افزایش استرس به مادر شده و جنین را در معرض خطر قرا می دهیم. بهتر است که در طی بارداری به خصوص در سه ماهه اول بارداری، به علت حساسیت جنین به اشعه مادر در معرض تابش اشعه قرار نگیرد (۱). زنان باردار با عفونت های حفره دهانی مشکلات زیادی را برای خودشان و جنین هایشان ایجاد می کنند. لذا هر چه سریعتر باید تحت درمان قرار گیرند. اگر لثه خونریزی می کند، نیم فنجان (۳۰ میلی لیتر) سرکه را در یک لیوان (۲۵۰ میلی لیتر) آب جوشیده سردشده ریخته، بهم بزنید و مدام در دهان نگه دارید و مزه مزه کنید. این عمل را روزی شش بار تکرار کنید. برای درمان زخم لثه ۵ گرم مرزه و ۵ گرم زیره را نرم در هاون چینی به آرامی خوب بسائید و با ۲۰ سی سی سرکه مخلوط کنید و با گوش پاک کن تمیز آغشته و بر روی لثه ها به آرامی مالش دهید و مقداری از این دهانشویه را در دهان نگه دارید. این عمل را روزی سه بار به مدت دو هفته تکرار کنید.

۹- انحراف اشتها (Pica)

اهمیت تغذیه صحیح و کافی در دوران بارداری برای زنان باردار و جنین های آنان را نمی توان نادیده گرفت، زیرا سلامتی زنان به دریافت مواد مغذی و در نتیجه وضعیت تغذیه ای آنان در دوران جنینی بستگی دارد. اغلب زنان در دوران بارداری ممکن است رژیم غذایی خود را تغییر دهند. هر چند این تغییر ممکن است از نظر تغذیه ای و سلامت مادر و کودک صحیح نباشد (۱ و ۲) پیکا عبارتست از تمایل به خوردن مواد غیر غذایی مثل خاک، نشاسته خوری (آمیولفاژی)، خاک رس (ژئولفاژی)، گچ، گل، مهر نماز، صابون و یخ و شایعترین فرم آن تمایل به خوردن خاک و یخ (پاگولفاژی) می باشد (۳ و ۴). بیشترین شیوع پیکا در افرادی است که در نواحی روستایی زندگی می کنند و یا تاریخچه پیکا در کودکی یا در خانواده خود داشته اند. در برخی افراد پیکا برای کنترل تهوع یا استرس های عصبی، لذت از جویدن برخی مواد یا به علل وراثتی (تمایل ارثی به مصرف برخی مواد) یا تشویق اطرافیان و خانواده فرد می باشد. خطرات احتمالی پیکا شامل مشکلات خونی (به شکل آنمی) و گوارشی (رقابت در هضم و جذب مواد غذایی) می باشد. این بیماران باید مشاوره شوند و نوع ماده مصرفی و علت مصرف آن تعیین شود و خطرات مصرف مطابق فرهنگ آن فرد باید اصلاح شود. در مورد پیکا توصیه می شود شمارش کامل خون برای بررسی وجود کم خونی درخواست شود (۵).

اتیولوژی

علت اصلی پیکا ناشناخته است. یک فرضیه بیان می کند که مواد غیر خوراکی باعث برطرف شدن حالت تهوع و استفراغ می شوند. تئوری دیگر نیز بیان می کند که کمبود املاح ضروری مانند کلسیم یا آهن موجب تمایل فرد به مصرف منابع غیر غذایی این املاح می

شود. همچنین عوامل روانی می‌توانند زمینه ساز بروز پیکا باشند. پیکا ممکن است منجر به بروز سوءتغذیه شود، زیرا مواد غیر خوراکی، فاقد مواد مغذی مورد نیاز بدن می‌باشند. همچنین برخی از مواد غیر خوراکی حاوی ترکیبات سمی مانند فلزات سنگین هستند مصرف آنها موجب بروز مسمومیت و نیز کاهش جذب مواد معدنی مورد نیاز بدن مانند آهن می‌شود. زنان بادر اغلب پس از زایمان پیکا را کنار می‌گذارند. گر چه مصرف بعضی مواد ممکن است بی‌ضرر باشد لیکن پیکا یک اختلال جدی خوردن محسوب می‌شود که بسته به مقدار ماده مصرفی و طول مدت مصرف بعضی اوقات منجر به مشکلات جدی و خطرناکی مانند انسداد روده، یبوست، کم خونی فقر آهن، آلودگی انگلی، مسمومیت با سرب، پره اکلامپسی، تولد نوزاد نارس، مشکلات متابولیکی، آسیب به دندان‌ها به دلیل جویدن مواد غیر خوراکی، اختلال الکترولیت‌ها، عفونت و مشکلات معدی- روده ای نظیر خونریزی و سوراخ شدگی گردد (۶ و ۷).

توصیه‌ها

به زنان باردار توصیه کنید با آگاهی از اینکه این کار مفید نیست، بتوانند با ابراه خود آن را ترک کنند. به خاطر داشته باشید که کلید موفقیت در درمان پیکا صبر و پشتیبانی خانواده می‌باشد.

دارودرمانی

دارودرمانی خاصی برای آن وجود ندارد. جهت درمان این عارضه ممکن است نیاز به بررسی‌ها تشخیصی از قبیل آزمایش خون برای شناسایی کم خونی و اندازه‌گیری مایعات و الکترولیت‌ها باشد.

رادیو گرافی شکم نیز ممکن است توصیه گردد. اقدامات درمانی شامل ممانعت فیزیکی و برانگیختن بیضاری در فرد نسبت به مصرف مواد غیر غذایی می‌باشد. همچنین ارزیابی محیط منزل و تعامل‌های خانوادگی به منظور ایجاد محیط سالم تر مفید است. در بسیاری از موارد، زن باردار به درمان پاسخ می‌دهد و یا با اتمام بارداری، علایم پیکا برطرف می‌شود.

همچنین می‌توانید ده گرم نمک ید دار استاندارد که مقدار ید آن نوشته شده باشد را با ۲۰ گرم تخم شوید و ۲۰ گرم تخم ترب در هاون چینی بسایید. سپس به پودر آرام آرام عسل موم دار طبیعی اضافه کنید تا وزن کل آن به ۵۰۰ گرم برسد. هر روز صبح ناشتا یک قاشق مرباخوری از آن را میل کنید. زنان بارداری که مبتلا به ورم پا، چاقی و یا پرفشاری خون نمی‌باشند بعد از هر وعده غذایی روزانه هفت عدد بادام شور یا پسته شور را میل کنند. آنانی که میل به خوردن انواع گل دارند، به جای آن مقداری نشاسته بوداده شده را میل کنند. میزان نشاسته مصرفی نباید بیش از ۳۰ گرم در روز باشد.

۱۰- ورم (احتباس مایعات)

در اکثر خانم‌های باردار، ورم مختصری در ساق و قوزک پا مشاهده می‌شود. این عارضه در زنان چاق بیشتر دیده می‌شود. مشخص نمودن شدت (میزان) ورم توسط درمانگر در ابتدای بارداری و همچنین در طی آن حائز اهمیت بالینی است.

اتیولوژی

این حالت در نتیجه فشار رحم و محتویات آن بر روی وریدهای لگنی و مختل شدن بازگشت وریدی خون از پاها ایجاد می‌شود.

توصیه‌ها

توصیه‌های تغذیه‌ای در این مورد شامل محدود کردن مصرف نمک و پرهیز از مصرف غذاهای شور است. برای پیشگیری از بروز ادم باید توصیه کرد از افزودن نمک اضافی به غذاها و یا استفاده از مواد خوراکی نمک دار مانند چیپس، آجیل شور، شورها و ترشیجات و بیسکویت‌های شور، خودداری شود. این حالت با استراحت و نگهداشتن پاها کمی بالاتر از سطح بدن برطرف می‌شود. افزودن نمک در حد متعارف به غذاهایی مانند برنج در زمان طبخ آن لازم است و قطع کامل مصرف نمک توصیه نمی‌شود. مصرف نمک نباید بیش از ۵ گرم در روز باشد (مگر در صورت وجود بیماری‌های قلبی و فشار خون بالا که محدودیت شدید مصرف نمک در رژیم غذایی توصیه می‌شود). در صورتی که ادم ژنرالیزه همراه با افزایش فشار خون باشد و بعد از هفته بیستم بارداری رخ دهد باید به وجود پره اکلامپسی شک کرد و اقدامات تشخیصی لازم (مانند اندازه‌گیری پروتئین ادرار) انجام شود (۱). دراز کشیدن بر روی سمت چپ بدن، بالا گرفتن پاها و پوشیدن جوراب الاستیک و کفش راحت می‌تواند به برطرف شدن ورم کمک کند. ادم انتهاها اغلب فیزیولوژیک است. ایستادن به مدت طولانی و دمای بالا، این وضعیت را بدتر خواهد کرد. دوره‌هایی از استراحت و بالاتر بردن پاها به وسیله چند بالش یا چهار پایه می‌تواند مفید باشد (۲).

دارودرمانی

نوشیدن چای‌های مدر مانند چای کاکل ذرت و گل قاصدک باعث دفع مایعات اضافی از بدن و رفع ورم می‌شود. از خوردن سیر و پیاز پرهیز کنید. برای رفع ورم پشت پا باید ۴۸۰ گرم برگ چغندر تازه را بکوبید بعد ۲۰ گرم اسید بوریک را به آن اضافه کنید و ترکیب یک نواختی بسازید. روزی سه بار به پشت پا بمالید. ترکیب ساخته شده را در جایی سرد و بدور از نور مثلاً طبقه پائین یخچال و دور از دسترس کودکان نگهداری کنید.

۱۱- تغییرات پوستی

هیپر پیگمنتاسیون تقریباً ۹۰٪ زنان باردار رخ می‌دهد. این حالت معمولاً در زنانی که پوست تیره تری دارند، چشمگیرتر است. پوست خط وسط شکم (خط سفید) به طور مشخص پیگمانته می‌شود و رنگ سیاه مایل به قهوه‌ای به خود می‌گیرد و خط سیاه را تشکیل می‌دهد. گاهی لکه‌های مایل به قهوه‌ای نامنظم با اندازه‌های مختلف، بر روی پوست صورت و گردن ظاهر می‌شوند و کلواسم یا ملاسمای بارداری را ایجاد می‌کنند. همچنین ممکن است پیگمانتاسیون آرئولها و پوست نواحی تناسلی تشدید پیدا کند. بعد از زایمان، معمولاً این تغییرات رنگدانه‌ای ناپدید می‌شوند و یا حداقل به میزان قابل توجهی پسرفت می‌کنند. کنتراسپتیوهای خوراکی، ممکن است پیگمانتاسیون مشابهی را ایجاد کنند.

اتیولوژی

ماهیت این تغییرات رنگدانه‌ای چندان مشخص نیست اما افزایش قابل توجه هورمون محرک ملانوسیت از پایان ماه دوم بارداری تا زمان ترم دیده شده است. گزارش شده است که استروژن و پروژسترون نیز دارای آثار محرک ملانوسیت هستند (۱). اگر چه هیپرپیگمانتاسیون معمولاً بعد از زایمان پسرفت می‌کند، ملانوز درم در یک سوم زنان مبتلا تا ۱۰ سال پا برجا می‌ماند. قرصهای خوراکی جلوگیری از بارداری ممکن است باعث تشدید ملاسم شوند و باید از مصرف آنها در زنان مستعد اجتناب شود. باید به استفاده از عوامل محافظ آفتاب توصیه می‌شود. به ویژه اگر از نظر زیبایی مشکلی ایجاد شود، می‌توان اقدام به مصرف موضعی هیدروکینون، ژل یا کرم ترتینوئین و یا کرم اسید آزلائیک کرد (۲).

افزایش جریان خون پوست در بارداری، به علت کاهش مشخص مقاومت عروق محیطی ایجاد می‌شود. بارداری سبب تحریک تغییرات ناشی از استروژن در عروق خونی کوچک می‌شود و این عروق در درم سطحی بشدت مسطح می‌شوند. همانژیومهای عنکبوتی در اکثر زنان سفید پوست در دوران بارداری یافت می‌شوند، اما فقط در ۱۰٪ زنان سیاه پوست به چشم می‌خورند. بیشتر این ضایعات عروقی، بعد از زایمان پسرفت می‌کنند. اریتم کف دست در دو سوم زنان سفید پوست و در یک سوم زنان سیاه پوست دیده می‌شود. همانژیومهای مویرگی یا تومورهای گلوموس، بویژه در ناحیه سر و گردن، تقریباً در یک سوم زنان در دوران بارداری دیده می‌شوند (۲).

توصیه‌ها

این لک‌ها باید توسط درمانگر بدرستی معاینه شوند. پیشرفت لک‌ها در طی بارداری بایستی پایش و کنترل شود. با نشانه‌های بدخیمی پوست افتراق داده شود. خانم‌های باردار از در معرض قرار گرفتن تابش مستقیم نور آفتاب پرهیز کنند.

دارودرمانی

چرب نگهداشتن این نواحی از زیاد شدن آن جلوگیری می‌کند ویتامین E و روغن زیتون نیز موثر است. درمان‌های طبیعی (Natural Remedies) در بسیاری از کشورهای دنیا به کار می‌رود. حسن این روش استفاده از مواد طبیعی است که اغلب عارضه خاصی ایجاد نمی‌کنند. برخی از این دستورات شامل موارد زیر است: یک قاشق غذاخوری عسل را با حرارت ملایم گرم کنید تا کمی نرم شود. سپس آن را روی لک‌ها بگذارید، ۱۵ دقیقه بعد پاک کرده و محل را بشویید. دو قاشق عصاره جوانه گندم را روی نواحی لک‌ها بگذارید، ۱ ساعت بعد بشویید. گوجه فرنگی را به شکل ورقه‌های نازک در بیاورید و برای ۱ ساعت روی صورت بگذارید. برگ اسفناج را کاملاً له کرده و به مقدار مساوی روغن زیتون مخلوط کرده بگذارید ۲۴ ساعت بماند. نیم ساعت حرارت دهید مایع صاف شده آن را یک ساعت روی پوست قرار دهید.

کرم روشن کننده گیاهی: جهت رفع لک‌های قهوه‌ای صورت و گردن ناشی از بارداری و مصرف داروهای ضد بارداری مناسب است. این ترکیب فاقد هیدروکینون و اسید کوجیک است لذا جهت استفاده در طی دوران بارداری و شیردهی مناسب است.

کرم های ضد لک موجود در بازار با راهنمایی درمانگر در دوران بارداری می توانند استفاده شوند. بدلیل اینکه نام های تجاری دارند از ذکر نام آنها خودداری می شود. این فرآورده ها جهت پیشگیری و کاهش لک ناشی از سن، نورخورشید و بارداری، روشن کننده و شفاف کننده پوست و کاهش تولید بیش از حد ملانین مفید واقع می شوند.

۱۲- خطوط کشیدگی

استریای بارداری از تغییرات جلدی دوران بارداری است که از خطوطی به رنگ قرمز (۱) و بنفش (۲) که روی پوست شکم و همچنین گاهی در پوست پستان، ران ها و زیر بغل ایجاد می شود، تشکیل می گردد (۱). طول این خطوط از چند سانتی متر و پهنای آن از ۱-۱۰ میلی متر متغیر است (۳). این خطوط معمولاً مدتی پس از بارداری تبدیل به رنگ نقره ای شده و مختصری فرو رفته و سرانجام چروکیده می شوند (۲). ناحیه بروز استریا در برخی از موارد به علت ایجاد خارش ممکن است توسط زن باردار زخمی شود (۳).

اتیولوژی

اگرچه اتیولوژی اصلی استریای بارداری نامشخص است (۱) لیکن از علل ایجاد آن می توان به عوامل ژنتیکی (۲) سابقه خانوادگی، نوع پوست، سن کم مادر، سن بارداری، وزن نوزاد، (۴ و ۱) سوء تغذیه، (۴) دیابت بارداری، اشاره نمود (۵). سایر علل ایجاد استریای بارداری کاهش کلاژن می باشد که در این افراد احتمال پرولاپس اعضای لگن (۱) و پارگی پرینه در حین زایمان نیز بیشتر است (۲) لذا برخی منابع قید می کنند بهتر است که در این افراد حین زایمان طبیعی از اپی زیاتومی استفاده شود (۲). افزایش وزن بیش از ۱۵-۵ کیلوگرم در بارداری نیز در بروز استریا موثر است (۶).

این تغییرات جلدی دوران بارداری که در ۹۰-۵۰٪ بارداری ها مشاهده می گردد، می تواند به زیبایی مادر لطمه وارد نموده (۷) و بعضاً موجب ایجاد مشکلاتی در تصور از خود (۸) و عدم اعتماد به نفس و مشکلات جنسی گردد (۹). با توجه به مشکلاتی که به دنبال استریا ایجاد می شود همواره چالش هایی برای پیشگیری و رفع این مشکل وجود دارد (۱).

توصیه ها

از خازاران ناحیه استریا حتی المقدور بپرهیزید. ورزش و تغذیه خوب می تواند از ظهور استریا پیشگیری کند.

دارودرمانی

شواهد بسیاری در مورد دارودرمانی استریای بارداری که مربوط به هزاران سال پیش می شود موجود می باشد. مردم مصر باستان از صمغ درخت کندور به منظور درمان استریای بارداری استفاده می نمودند (۵). از آنجائی که اتیولوژی استریای بارداری نا مشخص می باشد تاکنون روش قطعی و مشخصی برای پیشگیری و درمان آن مطرح نشده است. استریا وقتی بروز می کند که پوست خشک و شکننده باشد (۹) لذا نوشیدن آب کافی با توجه به این که باعث نرمی، جوانی و سلامتی پوست می گردد ممکن است از بروز استریا پیشگیری نماید (۶). مالش روغن های متفاوتی برای پیشگیری از استریا مفید هستند. یکی از این روغن ها، روغن زیتون است که سرشار از ویتامین ای است (۴). اضافه کردن تدریجی وزن و ورزش کردن نیز در کاهش این مشکل کمک کننده خواهد بود (۱۰).

۱۳- کمر درد

امروزه کمر درد به صورت یک اپیدمی مدرن بین المللی در آمده است که بیش از ۸۰٪ از مردم در طول زندگی خود حداقل یک بار آن را تجربه می کنند. کمر درد دومین علت بستری شدن در بیمارستان است (۱). در این بین زنان باردار از این قاعده مستثنی نیستند و یکی از شایعترین علائم وابسته به بارداری به شمار می رود و در طول دوران بارداری حدوداً بین ۵۰ تا ۹۰٪ از زنان باردار به کمر درد مبتلا می شوند (۲). بارداری دوره خاصی است که بدن تحت تاثیر تغییرات زیادی به منظور پرورش حمل و زایمان جنین قرار می گیرد. این تغییرات شامل تغییرات هورمونی ساختاری و انحرافات وضعیتی است. تغییرات هورمونی باعث شل شدن مفاصلها نرمی لیگامنتها غضروفها و در مجموع باعث درد در مفاصلهای بدن به ویژه ناحیه کمری و لگنی می شوند (۳).

اتیولوژی

تغییرات ساختاری ناشی از رشد جنین مثل بزرگ شدن پستان ها، رحم و محتویات آن در مجموع وزن بخش قدامی بدن زنان باردار را افزایش می دهند. این تغییرات در توزیع وزن بدن باعث ناهنجاری و تغییر شکل در وضعیت بدن می شوند که بر کمر فشار می آورد و باعث افزایش قوس کمر و در نتیجه درد در این ناحیه می شود. با پیشرفت بارداری فعالیت بدنی نیز کاهش می یابد که همراه با افزایش وزن بدن مادر موجب کاهش انعطاف پذیری مفاصلهای بدن به ویژه در ناحیه کمری می شود (۴).

معمولا" درد در بین پنجمین و هفتمین ماه بارداری شروع می شود و پس از آن باقی می ماند (۱۳) که شاید علت این امر سرعت افزایش وزن بین این دو ماه باشد که بیش از ظرفیت تطابق عضلات تنه ای در افراد مستعد است (۱۴).

شیوع کمردرد پس از زایمان بسته به مدت پیگیری، متفاوت گزارش شده است، اما در اغلب آنهادر فاصله کوتاهی پس از زایمان حدود ۴۰٪ ذکر شده است (۱۰ و ۱۵ تا ۲۰). گرچه معمولا" علائم به تدریج در طی ۶ ماه بعد از زایمان از بین میروند، ممکن است در بعضی زنان این مشکل ادامه یابد (۱۱ و ۱۵ تا ۲۱). در تعدادی از مطالعات تداوم کمردرد بعد از بارداری بیش از یک سال پس از زایمان گزارش شده است (۱۰ و ۱۲ و ۱۶ و ۱۷). ممکن است تغییرات فیزیولوژیکی در بارداری با ایجاد تغییرات مکانیکی و ساختمانی در مهره ها و فشار به سیستم عصبی، مسئول کمردرد بارداری و احتمالا" پس از زایمان باشند. این تغییرات شامل موارد زیر است.

۱- وضعیت بدن: تغییر در وضعیت بدن برای حفظ تعادل در بارداری است. در بارداری افزایش قوس مهره های کمری (لوردوز) ممکن است باعث ایجاد درد در ناحیه تحتانی پشت (کمر) شود (۲۲). در برخی مطالعات رابطه بین لوردوز و اقطار شکمی با کمردرد گزارش شده است، هر چند این ارتباط معنی دار نبوده است (۲۳ تا ۲۵). با افزایش لوردوز و سستی لیگمان های مفصل لگنی-خاجی، مهره های کمری پهن تر می شوند که به همراه افزایش لوردوز تا ماه ها بعد از زایمان باقی می ماند (۲۲ و ۲۶).

۲- تغییرات محتوای کلی آب بدن: افزایش احتباس آب از تغییرات فیزیولوژیک طبیعی در بارداری است. این تغییر حداقل تا حدودی مربوط به کاهش اسمولاریته پلاسما به میزان ۱۰ میلی اسمول در کیلوگرم است و تغییر آستانه های اسموتیک برای تشنگی و ترشح وازوپرسین مسبب آن است. این پدیده از اوایل بارداری ایجاد می شود و تا هنگام زایمان به طور متوسط حداقل ۵ تا ۶ لیتر آب اضافه در بدن احتباس می یابد. احتباس آب مخصوصا" در بافت های پیوندی اطراف ستون مهره ها و لگن، سستی این مفصل را افزایش می دهد (۲۷).

۳- تغییرات اندوکراین: ممکن است افزایش فعالیت هورمونی در بارداری، نورپپتیدهای درد را خصوصا" در طناب نخاعی و مایع سینوویال تحت تاثیر قرار دهد (۱۴). همچنین تغییرات اندوکراین در بارداری باعث افزایش احتباس مایعات می گردد (۱۴). از جمله این هورمونها، ریلکسین می باشد که فیزیولوژی بافت کلاژن را تنظیم می کند و احتمالا" از طریق افزایش احتباس آب باعث نرمی لیگامانهای اطراف مفصل لگن و بین مهره ای و مستعد تر شدن آنها به فشار می شود، در نتیجه به علت اتساع و حرکت افزایش یافته این مفصل، درد ایجاد می گردد (۱۴، ۱۳).

۴- اتساع وریدهای خارج سخت شامه ای: از آنجایی که ۶۷٪ زنان در نیمه دوم بارداری، کمردرد شبانه را ذکر می کنند، به نظر می رسد هیپر اسمولاریته همراه با انسداد ورید اجوف تحتانی توسط رحم بزرگ، سبب اتساع سیستم وریدی در وریدهای خارج سخت شامه ای دور از ناحیه مسدود شده، می گردد که ممکن است منجر به هیپوکسی و اختلال متابولیکی اعصاب بدون میلین و در نتیجه کمردرد شود (۲۲).

به هر حال چون با پیشرفت بارداری، درد افزایش نمی یابد به نظر می رسد که کمردرد به خاطر عوامل زیستی-مکانیکی ناشی از بارداری باشد و معمولا" سبب شناسی چند عاملی برای آن پیشنهاد می شود.

ورزش های هوازی با شدت پایین مانند پیاده روی و شنا، همچنین ورزشهایی که عضلات تنه را به کار می گیرند می توانند به طور مطمئنی در اولین ماه بروز نشانه های کمردرد انجام شوند احتمالا" درد را کاهش دهند وقوع مجدد آن را کم کنند و پیامد های آن را بهبود بخشند (۵). توصیه انجام ورزش هوازی با شدت پائین در مورد همه افراد مبتلا به کمر درد مهم به نظر می رسد. علاوه بر منافع بهداشتی فراوان این گونه ورزشها چنین شیوه تمرینی باعث تشویق فعال بیماران در فرایند بهبودی می شود. شدت این گونه ورزشها باید به طور تدریجی افزایش یابد نه این که تمرین را با بروز درد قطع یا کم کرد (۶). پیاده روی یکی از ساده ترین فعالیت های ورزشی به شمار می رود که خطرات قلبی عروقی، درد کمر، پوکی استخوان، چاقی بیش از حد، فشار خون بالا، یبوست، وریدهای واریسی و شروع دیابت جوانی را کاهش داده و سلامت روانی را نیز بهبود بخشیده است (۷). یکی از فایده های برنامه های ورزشی برای زنان باردار کاهش یا پیشگیری از کمر درد با بهبود وضعیت بدن است (۸).

در واقع ناهنجاری وضعیتی توام با کم تحرکی می تواند سبب کمردرد شود. همچنین با افزایش وزن جنین مرکز ثقل بدن تغییر میکند و لگن خاصره به دلیل ضعف عضلات شکمی به جلو می چرخد. این تغییرات با افزایش لوردوز و کشیدگی مفصل ساکروایلیاک همراه است و به این ترتیب فشار وارده بر عضلات و لیگامانهای ناحیه لگنی و پشتی به ویژه کمر مضاعف می شود. معمولا" با چنین مکانیسمی بروز کمر درد اجتناب ناپذیر است. دو نوع شایع درد کمر درد لومبار و درد پشت لگن است (۹).

توصیه ها

درمانگر می تواند راهکارهای ساده ای را به زنان باردار پیشنهاد نماید مانند: داشتن وضعیت بدنی مناسب، وضعیت مناسب در هنگام بلند کردن اشیاء یا کودک خردسال و همچنین اجتناب از دوره های طولانی مدت ایستادن، ورزشهای کف لگن به همراه پوشیدن کمرستهای حمایتی می تواند کمک کننده باشد. رشد رحم به دنبال بارداری باعث کشیدگی لیگامانهای حمایت کننده رحم می گردد و باعث درد می شود که به "درد لیگامان" معروف است. اجتناب از حرکات کششی، گذاشتن کیف آبگرم و ماساژ ناحیه، دردها و علائم را تسکین خواهد داد (۲۸).

دارودرمانی

استراحت، گرم کردن موضع و مصرف داروهای ضد درد (قرص دیکلوفناک ۵۰ میلی گرم، ۳-۲ بار در روز و شیاف دیکلوفناک) موثر است. استفاده از تشک سفت و محکم، صاف نگهداشتن عضلات پشت و گذاشتن بالش در گودی کمر در هنگام نشستن و انجام تمرینات ورزشی مناسب نیز در تسکین درد موثر است (۲۹).

برای تسکین کمردرد زن تازه زا مغز قرص کمر را در هاون چینی نرم بسایید، بعد با دو عدد زرده تخم مرغ و کمی زردچوبه و هفت عدد خرما می مضافتی رسیده که هسته های آنها گرفته شده و له شده است را مخلوط کنید و در گودی کمر وی و اطراف آن بخوبی بمالید و به آرامی مالش دهید. سپس کمر را با شال تمیز و پهن و بلند ببندید طوری که زانو احساس راحتی کند. استفاده از سبزیجات و میوه های تازه، سوپ قلم گوساله که چربی سوپ کاملاً گرفته شده است و استفاده از نمک یددار استاندارد و قرار گرفتن در معرض تابش مستقیم نور آفتاب بویژه با پوشش کلاه لبه دار و عینک آفتابی در فصل بهار و زمستان تاثیر مفیدی دارد.

۱۴- سرگیجه

سرگیجه طی بارداری یک مشکل شایع است. درمانگر باید فشارخون زنان باردار را اندازه گیری کند. این اندازه گیری مسئولیت ویژه درمانگر در هنگام مواجهه زنان باردار با سرگیجه است. معاینات گوش و بررسی آزمایشات اخیر مربوط به قند، کم خونی و پرکاری تیروئید حائز اهمیت بالینی است. معاینات سر در اثر تروما، بررسی ابتلا به بیماری منییراز دیگر موارد پراهمیت در بررسی سرگیجه در زنان باردار است.

اتیولوژی

مشکلات زیر می تواند موثر باشد.

۱- کاهش فشار خون ناشی از فشار رحم بر رگهای اصلی، ۲- هایپوگلیسمی، ۳- آنمی، ۴- حرکت سریع از وضعیت نشسته به ایستاده خانم باردار برای پیشگیری از آسیب ناشی از افتادن در حملات سرگیجه، باید به آهستگی بایستد و به دیوار تکیه بزند. برخی زنان مستعد ابتلا به سرگیجه هستند مخصوصاً اگر وارد محیط پر ازدحام و گرمی شوند. این اتفاق دلایل مختلفی دارد: تغییر در حجم خون به علت بی ثباتی وازوموتور، گشادشدن دیواره عروق خونی، فشار بر روی ورید اجوف تحتانی به علت خوابیدن به پشت که باعث کاهش خون بازگشتی به قلب و مغز می شود، استاز خون در اندامهای انتهایی. گاهی انگل داخل دستگاه گوارش باعث سرگیجه می شود. مصرف بعضی داروها، آسیب های گردن، میگرن و ... از دیگر علل سرگیجه در مادران باردار به حساب می آیند

توصیه ها

خانم باردار باید به آهستگی تغییر وضعیت بدهد و اگر احساس سرگیجه داشت، بنشیند و یا در وضعیت خوابیده به پهلو دراز بکشد (۱). در صورت تکرار به درمانگر مجرب مراجعه نمایند. از در معرض قرار گرفتن گرد و غبار و دود مواد دخانه و همچنین مصرف مواد دخانه جدا پرهیز کنید. هرگز سرگیجه در دوران بارداری را نادیده نگیرید.

دارودرمانی

خوردن سیر، نان جو، شیر، عسل، اسطوخودوس، شربت خاکشیر مفید است. چای کوهی برای درمان سرگیجه مفید است. یک قاشق مرباخوری عسل را با چند قطره روغن سیاه دانه مخلوط نموده، هر روز صبح ناشتا به مدت ۱۱ روز میل نمایید. ده تا پنجاه گرم اسطوخودوس را در یک لیتر آب دم کرده، سپس صاف کنید و بنوشید. نوشیدن یک لیوان عرق بید مشک روزانه مفید است. نوشیدن آب لیمو و آب انگور موثر است. در دارودرمانی سر گیجه در دوران بارداری انجمن فرآورده های گیاهان دارویی آمریکا ریشه زنجبیل تازه را از نظر درجه بندی سلامتی و بی خطری در ردیف A قرار داده است. با این وجود میزان تجویزی آن باید رعایت شود. انجمن

مذکور ریشه زنجبیل خشک را در ردیف B سلامتی و بی خطری قرار داده است و توصیه می کند که از مصرف آن در طول بارداری اجتناب گردد.

۱۵- سردرد

تغییرات هورمونی میتواند علت سردرد در بارداری بخصوص در ۳ ماهه اول باشد. هر چند سردرد بیماری شایعی در زنان باردار است. بیشتر زنان باردار از سردرد در طول بارداریشان شکایت دارند. بهتر است درمانگران علت سردرد را در هنگام مواجهه با بیمارانشان پیدا کنند و سپس بدور از حدس و گمان، سردرد مادران باردار را مدیریت، کنترل و در نهایت برطرف کنند.

اتیولوژی

بسیاری از زنان در دوران بارداری از سردرد شکایت می کنند. دلایل زیادی برای آن نظیر تغییرات هورمونی، سینوزیت، خستگی، تغییرات هیجانی و روحی موجود است. سردرد در هر مرحله ای از بارداری ممکن است اتفاق بیفتد، اما عموماً در سه ماهه سوم به همراه افزایش فشارخون یا پروتئینوری یا هر دوی آنها اتفاق می افتد که در آن صورت اقدامات پزشکی ضرورت می یابد (۱). خونریزی، کم خوابی، استفراغ کردن، ضربه به جمجمه، هیجانات روحی، شنیدن خبر ناخوشایند، در پی شدت زکام و نزله، یبوست، پرفشاری خون، آرتريت روماتوئید، میگرن، سوء هاضمه، مصرف غذاهای نامناسب، بی خوابی، مصرف مشروبات محتوی اتانول، استرس، و ... می توانند باعث سردرد در زنان باردار شوند.

توصیه ها

استراحت، تغذیه مناسب و دریافت کافی مایعات می تواند به آرام کردن علائم سردرد کمک کنند.

روشهای درمان سردرد بدون دارو

بهترین روش مقابله با سردرد، در درجه اول پیشگیری از وخیم شدن آن است. اگر جزء افرادی هستید که اغلب گرفتار سردرد هستید، بهتر است فهرستی از تمام غذاهایی که ظرف چند روز یا چند هفته پیاپی خورده اید را تهیه کنید. سپس آنها را به دقت بررسی کنید تا شاید رابطه ای میان مصرف غذایی خاص با بروز سردرد در خود بیابید. خوردن پنیر، پرتقال، شکلات و قهوه با معده خالی می تواند موجب بروز سردرد شود. همچنین کم آبی، عدم فعالیت ورزشی و رژیم های غذایی سخت و سفت در ایجاد سردرد در زنان باردار موثرند.

دارودرمانی

حین بارداری می توان از استامینوفن یا داروهای NSAID (قبل از سه ماهه سوم بارداری) یا اویپوئیدها در موارد مقاوم به درمان بهره گرفت. غذاهای رقیق و نوشیدن مایعات مانند ماء الشعیر مفید واقع می شود. سوپ مرغ و جو و حریره ناشسته نیز مفید است.

۱۶ - خارش بارداری (Prurigo gestationis)

خارش یک احساس تحریکی محدود یا منتشر در پوست می باشد. تحریک ممکن است محدود به یک منطقه و یا در سرتاسر بدن منتشر شود. این اختلال پوستی شایع مرتبط با بارداری، در اصل یک اختلال درماتولوژیک نیست. این اختلال، به عنوان واریانتی خفیف از کلستاز داخل کبدی بارداری در نظر گرفته می شود.

اتیولوژی

عوامل مداخله گر، شامل هورمونهای بارداری، عوامل ژنتیکی، دیس لیپیدی، بعضی بیماری ها مانند کهیر اگزما لیکن پلان و...، مصرف بعضی داروها و همچنین عوامل محیطی هستند. در کلستاز میزان سرمی املاح صفراوی در اکثر زنان افزایش می یابد و این املاح با رسوب در درم باعث خارش می شوند. با وجود این، تمام زنان مبتلا، دارای میزان بالای املاح صفراوی نیستند. ضایعات پوستی در اثر خاراندن و ایجاد سایش به وجود می آیند. درمان خارش، مطابق، درمان کلستاز بارداری صورت می گیرد.

توصیه ها

خاراندن مداوم که اغلب به پوست آسیب میرساند احساس به خاراندن را بیشتر می کند لذا تا حد امکان این کار را انجام ندهید. فرآورده های حمامی و شوینده های مناسب و سازگار با پوست استفاده نمائید. نرم کننده های پوست بویژه جهت مرطوب کردن پوست خشک و خارش دار کمک می کنند. از پوشیدن لباس های پشمی، نایلونی و جنس پلاستیکی اجتناب ورزید. از مصرف غذاهایی مانند ماهی کهنه و نمک زده، ماهی دودی، بادام زمینی، انواع فلفل، ادویه جات، زنجبیل، دارچین، هل، میخک، خرما، انجیر، انگور، خربزه، بادمجان، تخم مرغ تا حد امکان دوری نمائید.

دارودرمانی

خارش معمولاً با آنتی هیستامین های خوراکی و ترکیبات کورتیکواستروئیدی موضعی کنترل می شود (۱). پماد کالاندولا و کالامین که ساختمان شیمیائی غیر استروئیدی دارند نیز موثرند.

نمک را با روغن زیتون مخلوط کرده و بر بدن بمالید. مصرف شیرخشت، مخلوط عرق کاسنی و عرق شاه تره، شربت بنفشه و آب لیمو موثر واقع می شوند. زنان باردار مبتلا به خارش باید گوشت، سبزیجات تازه، مغز گردو و کله جوش (ماست ترش با کمی آرد گندم) با گردو بخورند.

۱۷- پاپول ها و پلاک های کهیری خارش دار بارداری

این اختلال پوستی، شایعترین درماتوز خارش دار اختصاصی بارداری است که در ایلات متحده به آن، PUPPP و در قسمت اعظم اروپا به آن بثورات پلی مورفیک بارداری (PEP) گفته می شود. PUPP در زنان سفید پوست و نولی پار شایعتر است و ویژگی آن راش پوستی خارش داری است که معمولاً در اواخر بارداری پدیدار می گردد. در مواردی که جنسیت جنین مذکر می باشد این درماتوز شیوع بیشتری دارد (۱). pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (puppp) یک بیماری خود محدود شونده بوده و عمدتاً در بارداری های اول و درسه ماه سوم بارداری مشاهده می شود (۲).

اتیولوژی

اتیولوژی این عارضه هنوز به خوبی شناخته نشده است و معمولاً پس از پایان دوران بارداری به سرعت بهبود می یابد (۳). شروع عارضه عمدتاً در اوایل سه ماهه سوم بوده و به ندرت بلافاصله بعد از تولد نوزاد نیز دیده شده است (۴و۵). ضایعات در طول استریاهای شکم شروع شده (۶-۷) و ممکن است به اندامها گسترش یابند هر چند در غالب موارد صورت و کف دست و پا درگیر نمی شوند. البته موارد نادری از درگیری صورت نیز گزارش شده است (۷). شکل ۱، ۲ و ۳



تصویر ۵



تصویر ۴



تصویر ۳

خارش به دلیل بیماری های پوستی اولیه یا بیماری های سیستمیک رخ می دهد (۹و۱۰). خارش ناحیه کشاله ران می تواند به دلایل متفاوتی از جمله بیماری های نادر تاوولی نظیر بیماری هیلی هیلی (۱۱) تا بیماری های شایع مانند اگزما، گال، قارچ و بیماری های باکتریال ایجاد شود (۱۲). به دلیل موقعیت آناتومیک محل و شرم، بسیاری از بیماران از مراجعه به پزشک یا حتی ابراز آن به سایر افراد خانواده، خودداری می نمایند و بنابراین موارد متعدد خود درمانی، تشدید ضایعات و تاخیر در تشخیص ضایعات بیماران مشاهده می گردد. این امر می تواند منجر به سرایت بیماری، تحمیل هزینه اضافی به خانواده و افزایش طول دوره درمان شود.

توصیه ها

۱- افتراق puppp پس از هر حاملگی، بسیار حائز اهمیت می باشد. هر چند در اکثر موارد پس از هر حاملگی، تاوول وجود دارد ولی در برخی از بیماران ضایعات کهیری وجود دارد که از puppp قابل افتراق نمی باشد و بایستی بیوپسی از ضایعات پوستی گرفته شود.

۲- منافع تسکین خارش در مادر باید در برابر مضرات احتمالی درمان بر روی جنین سنجیده شود.

آنتی هیستامین های خوراکی از جمله دیفن هیدرامین و کلر فنرامین در حاملگی، عموماً بی خطر می باشند ولی کورتیکو استروئیدهای موضعی که در سطح وسیعی از بدن به کار می روند و یا استروئیدهای خوراکی می توانند باعث مهار محور آدرنال در نوزاد گردد.

دارودرمانی

اکثر زنان به درمان با آنتی هیستامین های خوراکی، نرم کننده های پوستی و کورتیکواستروئیدهای موضعی پاسخ می دهند. در اکثر موارد، بثورات قبل از زایمان و یا در عرض چند روز بعد از زایمان به سرعت ناپدید می شوند. در ۲۰-۱۵٪ موارد، علائم به مدت ۴-۲ هفته بعد از زایمان پا برجا می مانند (۱).

۱۸-اختلالات خواب

خواب یک رفتار سازمان یافته و یک ضرورت حیاتی است که بر پایه ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می شود. خواب به تجدید قوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می کند و برای پذیرفتن وظایف و نقشهای جدید لازم است (۱).

اتیولوژی

عوامل فیزیکی عاطفی و هیجانی زیادی می توانند الگوی خواب را به هم بزنند و در خواب اختلال ایجاد نمایند. بارداری دارای شرایط ویژه ای است که می تواند الگوی خواب را تحت تاثیر قرار دهد و در خواب اختلال ایجاد نمایند. اختلال خواب به مواردی اطلاق می گردد که بیمار از یک یا بیشتر از یکی از مشکلاتی مانند بی خوابی، بیدار شدن های مکرر در طول خواب شبانه، افزایش خواب الودگی در طول روز و یا حرکات، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشد (۲). حدود دو سوم زنان بادر الگوی خواب غیر طبیعی داشته و از این مسئله شاکی هستند. اختلال خواب در بارداری در مقایسه با قبل از بارداری در هر سه ماهه افزایش می یابد (۳). همزمان با شروع هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان، زنان از مشکل بودن شروع خواب، بیدار شدن های مکرر، ساعات کمتر خواب شبانه و کاهش کارایی خواب شکایت می کنند (۴). تغییرات عاطفی در طول بارداری به همراه تغییرات فیزیکی، هورمونی، افزایش سایز جنین، افزایش شب ادراری و پیدا نکردن وضعیت مناسب در طول خواب، می توانند اضطراب در طول بارداری را توسعه داده و موجب اختلال در خواب شوند (۵و۷). همچنین در طول بارداری افزایش مشخص نشانگان بی قراری پاها وجود دارد، خصوصاً در اواخر بارداری و دوره پس از زایمان که این امر موجب اختلال در خواب زن باردار می گردد (۸).

زمان کل خواب و خواب شبانه در طول سه ماهه دوم و سوم کاهش می یابد (۵). تغییر در کیفیت خواب زنان باردار ممکن است بر روی نگرش آنان نسبت به تجربه درد و زایمان و پذیرش نقش مادرانه نیز موثر باشد (۹).

تغییرات ایجاد شده در کیفیت خواب زنان باردار در آخرین سه ماهه باردایشان موجب اضطراب، افسردگی کاهش مقاومت و تحمل در برابر درد، کاهش حس و کنترل احساسات می شود که همه به طور اساسی در نتیجه و عواقب لیبر موثر است (۱۰) برخی از تحقیقات در ماه آخر بارداری زنان باردار نشاندهنده این است که خانمهایی که اختلال خواب شدید دارند و کمتر از ۶ ساعت در شب می خوابند طول مدت لیبر در آنها بیشتر است (۱۱و۹) کمیت و کیفیت خواب به دلیل در برداشتن وضعیت و عواقب فیزیکی و روانی آن برای رفاه زنان باید در دوره پره ناتال مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت وجود اختلالات خواب باید توصیه های بهداشتی و اقدامات لازم صورت گیرد. متخصصین پره ناتال اگر از اختلالات خواب در دوره پری ناتال اطلاعات کافی نداشته باشند ممکن است نتوانند اقدامات لازم در هر سه ماهه بارداری را برای زنان باردار فراهم آورند (۱۱).

اختلالات خواب از جمله مشکلات شایع در بارداری می باشد (۱۳)، اختلال خواب از ۶۳٪ در سه ماهه اول بارداری به ۸۰٪ در سه ماهه دوم بارداری افزایش می یابد در طی تحقیقات به عمل آمده بیخوابی شایعترین نوع اختلال خواب در بارداری می باشد و معمولاً "مربوط به بیداری بلافاصله پس از رفتن به رختخواب می باشد فاکتورهای مکانیکی دخیل در این امر در سه ماهه سوم بارداری اهمیت دارد (۱۴و۱۵). همچنین تغییرات هورمونی طی بارداری الگوی خواب را تغییر می دهد (۱۶). دردوران بارداری چندین هورمون در دوره های ۲۴ ساعته ترشح می شوند. چرخه تولید برخی از آنها که شامل هورمون رشد، پرولاکتین، ملاتونین، کورتیزول، هورمون محرکه تیروئید، اکسی توسین و هورمون های جفتی شامل گنادوتروپین، پروژسترون، استریول، دهیدرو اپی آندوسترون است بر خواب اثر دارد و در بارداری تغییر می کنند (۱۷).

زنانی که در طی بارداری اختلال خواب دارند دو برابر شانس بیشتری برای دچار شدن به فشار خون بالا پره اکلامپسی و کاهش رشد داخل رحمی جنین دارند (۱۸). شواهد زیاد به دست آمده نشان داده که الگوی خواب از عوامل پیشگویی کننده افسردگی می باشد (۱۹). بیش از ۴۵٪ زنان با افسردگی حین بارداری دچار افسردگی پس از زایمان می شوند (۲۰). اختلال خواب دوران پره ناتال حرکات جنینی مادران افسرده را به طور عمده افزایش می دهد (۲۱). فشارهای منفی ناشی از افسردگی مادر ممکن است بر رشد فیزیکی-

اجتماعی و مغزی کودک اثر گذارد (۲۲). حرکات جنین در مادران افسرده بیشتر دیده شده است، حتی شناسایی این افزایش حرکات قبل از تشخیص افسردگی می باشد (۲۳).

درمان افسردگی شامل روان درمانی و دارو درمانی است هزینه بالای درمان و عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و اثر این داروها بر شیر مادر از مسائل مهم است و همه زنان به درمان دارویی به خوبی پاسخ نمی دهند (۲۴).

تغییرات ایجاد شده در کیفیت خواب زنان در سه ماهه سوم بارداری موجب اضطراب، افسردگی، کاهش تحمل در برابر درد، کاهش کنترل احساسات، زایمان طولانی، افزایش احتمال سزارین، و اندوه بعد از زایمان می گردد (۲۵). تن آرامی از جمله اقدامات توصیه شده برای بهبود اختلال خواب می باشد. روش های تن آرامی در بسیاری موقعیت ها مثل درد، تولد نوزاد، اضطراب، و بی خوابی نیز موثر شناخته شده است و سبب می شود شخص قدرت کنترل احساسات و رفتارهایش را به دست آورد (۲۶). این تمرینات ناراحتیهای جزئی و شایع دوران بارداری را تسکین می دهد (۲۷). با توجه به نامشخص بودن اثرات زیان آور داروهای خواب آور بر سلامت جنین اهمیت کاربرد تن آرامی در تسکین اختلال خواب دوران بارداری بیش از پیش مورد تاکید است (۲۸). داروهای آرام بخش خواب آور با احتیاط کامل ممکن است مصرف شوند.

توصیه ها

با پیشرفت بارداری به طور فزاینده یافتن پوزیشنی که زن بتواند در بستر راحت بخوابد مشکل می شود. پیشنهاد می شود زن به پهلو بخوابد و از تعدادی بالش برای حمایت از کمر و پاهایش استفاده کند. اگر این پوزیشن کمک کننده نباشد می تواند روی صندلی بخوابد یا ممکن است زن در پوزیشن نشیته راحتتر بخوابد. تکرار ادرار در تریمستر سوم عود می کند و این خود می تواند دلیل دیگری در اختلال خواب زن باشد. نوشیدن زیاد مایعات در ساعات اولیه روز و محدودیت مصرف مایعات در ساعات انتهایی شب می تواند این مشکل را کاهش دهد (۲۹).

دارودرمانی

بسیاری از زنان باردار از کم خوابی و نداشتن خواب عمیق شکایت دارند. یکی از راههای برطرف کردن این شکایات داشتن تغذیه مناسب و موثر در بهبود این وضعیت است. یکی از روشهای حل مشکلات مربوط به کم خوابی داشتن برنامه غذایی مناسب قبل از خواب است. برخی خوراکیهای خواب آور شامل موارد زیر است.

- گردو: محققان دانشگاه تگزاس طی مطالعاتی دریافتند که گردو منبع خوبی از ملاتونین بوده که در به خواب رفتن سریع موثر است.
- بادام: بادام سرشار از منیزیم است که برای داشتن خوابی عمیق مورد نیاز است. هنگامی که بدن با کمبود منیزیم مواجه باشد زمان خواب کوتاه تر خواهد بود.

- پنیر: علاوه بر نوشیدن شیر گرم قبل از خواب، هر ماده لبنی حاوی کلسیم مانند پنیر و ماست در مهیا کردن خوابی راحت موثر است.
- کاهو: مصرف سالادهایی که با کاهو تهیه می شوند، آرام بخش بوده و به خواب راحت کمک می کند.

- ماهیها از جمله کنسرو ماهی، ماهی سالمون یا آزاد و قزل آلا درصد بالایی از ویتامین B ۶ را در خود دارد. بدن برای ساخت ملاتونین و سروتونین به این ویتامین نیاز دارد. این ویتامین در پسته و سیر خام هم یافت می شود.

- گیلان: آب گیلان به طور طبیعی سطح ملاتونین را افزایش داده و باعث خواب آلودگی سریع تر می شود.

- عسل: خوردن یک قاشق عسل و یا محلول آن در شیر گرم در داشتن خوابی آرام موثر است.

- چای بابونه: تحقیقات نشان می دهند که یک فنجان از این چای به عنوان آرام بخش عمل کرده و در داشتن خوابی آرام موثر است.

- میگو، کلم پیچ، برنج و چوب شور از دیگر مواد غذایی هستند که به بهبود کم خوابی در زنان باردار کمک می کنند.

اکثر داروهای آرام بخش خواب آور محلول در چربی هستند، به خوبی از دستگاه گوارش جذب می شوند و به مغز می رسند. آنها از جفت رد می شوند و به جنین می رسند.

داروهای که حلالیت در چربی بسیار بالایی دارند (مانند تیوپنتال)، به سرعت به CNS وارد می شوند.

بنزودیازپین های طولانی اثر مانند دیازپام، به ویژه در مصرف مزمن سبب ایجاد علائمی مثل لتارژی، sedation و مکیدن ضعیف در شیرخوار شوند. استفاده اسپورادیک از داروهای طولانی اثر و استفاده از داروهای کوتاه اثر (لورازپام، میدازولام، اگزازپام) با خطر کم تری همراه است.

۱۹- گرفتگی ساق پا (leg cramps)

یکی از شکایات شایع در دوران بارداری گرفتگی عضلات بویژه گرفتگی عضله ساق پا است، به طوریکه بیش از ۳۰٪ زنان در این دوران از گرفتگی عضلات پا شکایت دارند (۱). گرفتگی عضلانی انقباضات دردناک، ناگهانی و موضعی عضله است که معمولاً در اندام تحتانی به ویژه ساق پا رخ داده، شروع آن ناگهانی و مدت آن از چند ثانیه تا چند دقیقه می باشد (۳). کرامپ ها در سه ماهه سوم بارداری افزایش یافته و با پیشرفت بارداری شدید تر می گردد. این انقباضات بیشتر در شب رخ داده و موجب اختلال در خواب می شود (۴).

اتیولوژی

در افراد غیر باردار وضعیت های مختلفی مثل اختلالات الکترولیتی بیماری های غددی مصرف برخی از داروها (از جمله دیورتیک ها، مسهل ها، سایمتیدین و فنوتیازین ها) و بیماری های مغزی و عروقی می توانند زمینه ساز گرفتگی ساق پا گردد. همچنین این مشکل ممکن است در افراد کاملاً طبیعی با افزایش سن و یا با انجام فعالیت های ورزشی و یا وضعیت های شغلی و در برخی افراد نیز به دلایل ناشناخته ایجاد می گردد (۱). در دوران بارداری علت بروز کرامپ ها مشخص نشده است ولی عوامل مختلفی مثل بیماری های متابولیک، مغزی، دهیدراتاسیون، اختلال در خون رسانی اندام های تحتانی، عدم دریافت کافی املاح و عدم تعادل بین جذب و دفع الکترولیت ها و کاهش کلسیم سرم می تواند مستعد کننده اسپاسم عضلانی در خانم باردار باشد (۴ و ۱). در دوران بارداری به علت افزایش تصفیه گلوامرولی دفع ادراری کلسیم کاهش می یابد، به علاوه وجود جنین و نیاز روزانه وی به کلسیم به خصوص از نیمه دوم بارداری به بعد موجب کاهش کلسیم خون می گردد که این امر به طور فیزیولوژیک منجر به ترشح هورمون پاراتورمون و ویتامین دی با منشا جنینی شده و سبب می شود که سطح کلسیم مادر بدون تغییر باقی بماند. از طرفی کاهش آلبومین خون در طی بارداری نیز می تواند غلظت کلسیم توتال در پلاسمای مادر را مختصراً کاهش دهد (۵). کلیه این عوامل می تواند زمینه ساز گرفتگی ساق پا در دوران بارداری شود.

در بعضی مطالعات افزایش کلسیم مصرفی و کاهش فسفر سرم در کنترل گرفتگی پا موثر گزارش شده است (۶). چندین مطالعه جهت بررسی اثر مکمل های درمانی مانند کلسیم در بهبود گرفتگی ساق پا در دوران بارداری انجام گرفته است. در برخی مطالعات بهبود نسبی و یا کامل در علائم (۸ و ۷) و در بعضی نیز عدم تاثیر ملاحظه شده است (۷ و ۹).

توصیه ها

درمانگر می تواند انجام ورزشهای کششی پا را قبل از رفتن به رختخواب به خانم پیشنهاد نماید. یک رژیم متعادل غذایی که در آن شیر دریافتی کاهش پیدا کرده باشد و غذاهای فرآوری شده کم شده باشد، مفید خواهد بود. وقتی کرامپ پا اتفاق می افتد باید از خم کردن پاها به سمت عقب اجتناب نمود (۱۰).

دارودرمانی

این وضعیت ممکن است به علت نقصان گردش خون یا کاهش کلسیم خون یا سایر ویتامین ها باشد. در صورت ایجاد این مشکل ماساژ، خم کردن آرام پا، ورزش برای افزایش خونگیری در پا، قدم زدن و پرهیز از خوابیدن به پشت (خونگیری پا را کاهش می دهد)، حمام گرم و گرمای موضعی به تسکین کمک می کند. همچنین ممکن است کاهش کلسیم و افزایش فسفر سرم ایجاد شده باشد که با مصرف کلسیم بدون فسفات به صورت قرصهای کلسیم کربنات یا کلسیم لاکتات و نیز کاهش مصرف کلسیم فسفات می تواند درمان شود. هیدروکسید آلومینیوم ۸ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز قبل از غذا با جذب فسفاتها به خود و افزایش جذب روده ای کلسیم مفید است (۱۱).

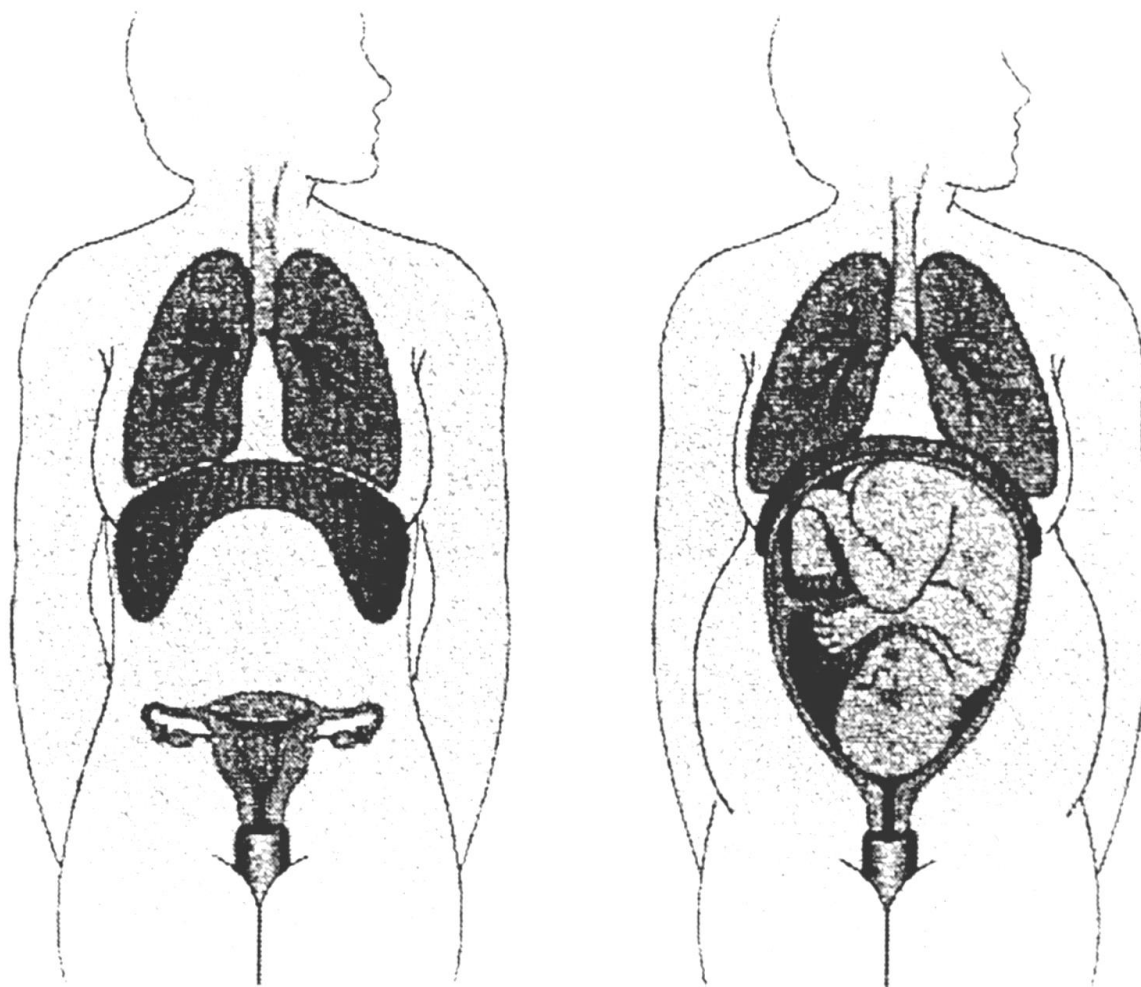
۲۰- دیس پنه

دیس پنه یا تنگی نفس به حالتی اطلاق می شود که دم را برای زنان باردار مشکل می کند. بزرگ شدن رحم در اثر بارداری، موجب بالارفتن دیافراگم (تا حدود ۴ سانتی متر) و در نتیجه کاهش حجم عملکردی باقیمانده ریه می گردد. هرچند سایر شاخص های عملکردی ریه مثل PEF و FEV در حاملگی، طبیعی باقی می ماندند کوتاه شدن تنفس در حال استراحت یا با اندکی فعالیت اتفاق معمولی به شمار می آید. به این اختلال دیس پنه فیزیولوژیک بارداری نیز گفته می شود.

اتیولوژی

تنگی نفس در طی سه ماهه اول به دلیل اثرات پروژسترون است. در این حالت زن باردار احساس می کند به هوای بیشتری نیاز دارد. این احساس می تواند برای وی ناراحت کننده بوده و زن باردار آن را به شکل تنگی نفس درک می کند. در نیمه دوم بارداری فشار رحم بر دیافراگم موجب تنگی نفس می شود. اگر تنگی نفس در اثر ورزش کردن به وجود می آید باید از شدت فعالیت ورزشی کاسته

شود. در اواخر بارداری تنگی نفس می تواند موجب اختلال خواب شبانه شود که در این حالت بالا نگهداشتن سر به کمک چند بالش موجب افزایش حجم قفسه سینه و کاهش تنگی نفس می شود. تنگی نفس به همراه درد قفسه سینه یا خلط خونی (علائم آمبولی ریه) یا احساس خفگی همراه با تب (علائم عفونت شدید تنفسی مانند پنومونی) علائم خطرناکی است که نیاز به مداخلات پزشکی دارد (۱). تغییرات هورمونی هم ممکن است فاکتور تاثیر گذاری باشد. خوابیدن در حالت نشسته یا در وضعیت خوابیده به پهلو کمک کننده خواهد بود (۲).



تصویر ۶ بزرگ شدن رحم در اثر حاملگی و اثر آن بر دیافراگم

توصیه ها

اگر دچار تنگی نفس هستید از استنشاق هوای کثیف، گرد و غبار، مصرف دخانیات، خوردن غذا های بودار، غذاهای سرخ کردنی، آب یخ، بستنی، ترشیجات، خوردن انواع فلفل و ادویه جات، در معرض قرار گرفتن گرده های گیاهان، تماس با حیواناتی که کرک، مو و پر دارند جدا اجتناب کنید.

دارودرمانی

داروهای ضد آسم-بتا- دو آگونیست مانند سالبوتامول، سالمترول و فورمتروپول بصورت افشانه میتوانند استفاده شوند بویژه هنگامی که برونکواسپاسم ایجاد شده باشد. ضربان قلب جنین بایستی در پی مصرف آگونیست های بتا مد نظر باشد.

۲۱-پتیلیسم

افزایش بزاق دهان در بارداری به پتیلیسم یا سیالوره معروف است. این مشکل در افرادی که دچار بیماری صبحگاهی می باشند، شایع تر است. تغییرات هورمونی ایجاد شده در بدن زن باردار ممکن است باعث حالت تهوع گردد و این حالت باعث شود نتواند عمل بلع را به

راحتی انجام دهید و این موضوع باعث ترشح بزاق بیش از حد گردد. گاهی این ترشح به حدی افزایش می‌یابد که زن باردار ناچار می‌شود، آب دهان خود را در لیوان یا دستمال خالی کند.

اتیولوژی

در واقع هیچ علت خاصی برای افزایش ترشح بزاق دهان در طی بارداری وجود ندارد، اما برخی علت آن را افزایش هورمون بارداری می‌دانند. به طور طبیعی، غدد بزاقی در حدود یک لیتر بزاق در روز ترشح می‌کنند، ولی به دلیل انجام عمل ناخودآگاه بلع زن باردار متوجه این حجم بزاق نمی‌شود. بنابراین افزایش ناگهانی ترشح بزاق شدید احتمالاً به دلیل افزایش تولید بزاق، یا بلع کمتر و یا ترکیبی از هر دو باشد. افزایش ترشح بزاق می‌تواند موجب سوزش سر دل گردد که در دوران بارداری مشکل شایعی می‌باشد. محتویات معده شما، اسیدی می‌باشد و ورود آن به داخل مری، موجب تحریک آن می‌شود. تولید بزاق، غلظت بی‌کربنات (که ماده‌ای قلیایی است) را افزایش می‌دهد و با هر بار بلع دیواره مری با بزاق شستشو داده می‌شود و اسید معده با خاصیت قلیایی بزاق، خنثی می‌گردد. شاید این موضوع دلیلی باشد برای افزایش تولید بزاق در زمانی که زن باردار دچار حالت تهوع می‌گردد.

توصیه‌ها

با رفع مشکلاتی مانند حالت تهوع، استفراغ و یا سوزش سر دل می‌توانید افزایش ترشح بزاق را کاهش دهید. اگر سیگاری هستید با ترک سیگار می‌توانید در راستای رفع مشکل قدم بردارید. چند بار در روز دندان‌هایتان را مسواک بزنید و از دهانشویه استفاده نمایید. تعداد دفعات وعده‌های غذایی را افزایش و حجم غذا در هر وعده را کاهش دهید و از مصرف بیش از حد مواد نشاسته‌ای خودداری نمایید. مقدار زیادی آب بنوشید. یک بطری آب در دسترس داشته باشید و به طور مکرر جرعه‌های کوچک بنوشید. مکیدن آب نبات سفت می‌تواند مفید باشد. این عمل باعث کاهش تولید بزاق نمی‌گردد، اما می‌تواند عمل بلع را آسان گرداند. از مصرف آب نبات‌های ترش و صمغی که می‌تواند موجب افزایش تولید بزاق شود اجتناب ورزید. بهتر است بزاق اضافی دهانتان را ببلعید، اما اگر بلع آن باعث احساس تهوع می‌گردد، می‌توانید آن را در یک دستمال یا فنجان خالی کنید، در این صورت باید آب بیشتری بنوشید تا بدن تان دچار کم‌آبی نگردد.

دارودرمانی

جویدن آدامس نعنای یا استفاده از دهانشویه به بهبود این حالت کمک خواهد نمود (۱). برخی از صاحب‌نظران مسواک زدن مرتب را برای حل این مشکل پیشنهاد می‌کنند.

۲۲- گرفتگی بینی و خونریزی از بینی

گرفتگی بینی ممکن است ناشی از رشد دیواره نرم ترشح‌کننده مخاط بینی به طور غیرطبیعی باشد که به آن پولیپ می‌گویند. خونریزی از بینی ممکن است خودبخود ایجاد شود و خفیف باشد. خونریزی‌های بینی معمولاً عادی هستند اما گاهی اوقات خطرناک است. در پی خونریزی از بینی فشارخون زن باردار بایستی توسط درمانگر اندازه‌گیری شود. گاهی در اثر دست‌کاری بینی بویژه وقتی ناخن‌ها بلند هستند ممکن است باعث خراشیدگی یا بریدگی سطوح داخلی بینی شوند.

اتیولوژی

افزایش سطح استروژن باعث هیپرتروفی و افزایش خون در موکوس بینی می‌گردد، این موضوع باعث گرفتگی بینی و افزایش ترشح بینی یا خونریزی از بینی می‌گردد. خونریزی در موارد نادری اتفاق می‌افتد. بیماران مبتلا به لوسمی ممکن است دچار خونریزی از بینی شوند. مصرف استنشاقی کوکائین بویژه در خانم‌های جوان باعث خونریزی یکطرفه از بینی می‌شود. در خونریزی بینی از مصرف قطره‌های بینی باید اجتناب نمود (۱).

توصیه‌ها

پرهیز از فین کردن شدید بینی که این کار می‌تواند هم از خونریزی بینی جلوگیری کند و هم بینی را کاملاً "مرطوب نگه‌دارد". استفاده از یک مرطوب‌کننده هوا در خانه و مصرف زیاد آب و مایعات اگر با وجود این اقدامات باز هم خونریزی بینی اتفاق بیفتد، می‌توان بینی را محکم بین دو انگشت گرفت و حداقل ۴ دقیقه فشرده تا خونریزی متوقف شود (۲). اگر هنگام دراز کشیدن از یک طرف بدن دچار انسداد بینی شدید باید مجدداً به طرف دیگر بخوابید تا رفع شود. هرگز ناخن‌های بلند و تیز را داخل حفرات بینی نکنید. اگر خونریزی بیشتر از نیم ساعت ادامه پیدا کرد با درمانگر مشورت کنید.

دارودرمانی

یک گرم اپی نفرین را با ۲۰ گرم آب مقطر مخلوط کنید و چندین مرتبه به آرامی آنرا استنشاق کنید. یک عدد آمپول اپی نفرین ۱/۱۰۰۰ را روی پنبه یا قطعه ای گاز استریل خالی کنید تا کاملاً مرطوب شود. سپس به آرامی آن را داخل بینی قرار دهید، سپس حدود ۵-۱۰ دقیقه آنرا در بینی ثابت نگه دارید، خون بند خواهد آمد. از چسبیدن پنبه و یا گاز به سطح داخلی بینی جلوگیری شود. آب پیاز را بگیرید و با آب لیموترش به نسبت مساوی مخلوط کنید. چند قطره از ترکیب را داخل بینی بچکانید. در صورتی که عصاره غوره (انگور عسکری بدون دانه) در دسترس باشد در داخل بینی بچکانید. پنبه ای را به آب لیمو ترش آغشته و در داخل حفره بینی قرار دهید.

۲۳- ترشحات واژینال

افزایش ترشحات واژینال در بارداری، یک امر طبیعی است. افزایش ترشحات مهبل بارداری که لکوره نامیده می شود طبیعی است. این ترشحات معمولاً سفید یا زرد و نسبتاً غلیظ هستند و عفونت محسوب نمی شوند. اعتقاد داریم که علت افزایش ترشحات، افزایش جریان خون در پوست و عضلات اطراف مهبل است که باعث بنفش یا آبی رنگ شدن مهبل نیز می شود. این نمای مهبل را درمانگر می تواند در اوایل بارداری ببیند و آن را علامت چادویکمی نامند.

اتیولوژی

افزایش ترشحات واژینال در نتیجه هیپرپلازی اپی تلیوم رحم و افزایش موکوس تولید شده به وسیله غدد داخل رحمی است. معمولاً "ترشحات سفید تا زرد و موکوسی هستند (۱).

توصیه ها

نباید از دوش واژینال استفاده نمود. میتوان برای جذب ترشحات از نوار بهداشتی با کیفیت بالای جذب استفاده نمود. تعویض روزانه لباس زیر و شستشوی ناحیه تناسلی با آب جوشیده که ولرم شده است و سپس خشک کردن با دقت نواحی شرمگاهی از دیگر توصیه ها است (۲). اگر ترشحات مهبل زیاد باشد، شاید لازم باشد از نوارهای بهداشتی با کیفیت جذب بالا استفاده کنید. از پوشیدن شلوار کوتاه و زیرپوش های نایلونی پرهیز کنید. لباس های زیر کوتانی بپوشید تا امکان تهویه هوا وجود داشته باشد.

دارودرمانی

لکوره اکثراً بعثت تغییرات هورمونی در حاملگی است. در دوران بارداری ، عفونت های مهبل نیز ایجاد می شوند. ترشحات ناشی از این عفونت ها اغلب بوی چرک می دهند. این ترشحات زرد یا سبز هستند و باعث تحریک یا خارش اطراف و یا داخل مهبل می شوند. اگر دچار هریک از این علائم هستید، با درمانگر تماس بگیرید. مصرف بسیاری از کرم ها و آنتی بیوتیک ها برای درمان عفونت های مهبل، در دوران بارداری بی خطر است. اگر ترشحات زنان باردار عفونی باشند که با نمونه گیری و با کشت میکروبی در طی ۴۸-۲۴ ساعت پس از دستور درمانگر تعیین هویت و مشخص می شوند، دارودرمانی لازم بایستی بر علیه آن میکروارگانسیم صورت پذیرد. امروزه دوش های مهبل سرکه رقیق نیز در مواردی که این ترشحات عفونی نیستند نباید استفاده شوند.

۲۴- کاندیدیاز

کاندیدا آلبیکانس قارچ فرصت طلب نرمال فلور دهان و دستگاه تناسلی زنانه است. این قارچ می تواند عفونت های قارچی سیستمیک و موضعی در انسان ایجاد کند.

اتیولوژی

کاندیدیای یک عفونت قارچی است که توسط کاندیدا آلبیکانس ایجاد می شود. ترشحات همراه با خارش و سوزش و سفید رنگ و غلیظ هستند، و به دیواره مهبل می چسبند. استفاده از آنتی بیوتیک که منجر به کاهش مقدار باکتری لاکتوباسیلوس در مهبل و تغییر در pH مهبل می شود، بارداری، دیابت کنترل نشده، و اختلال در سیستم ایمنی بدن از مهمترین علل کاندیدیاز می باشند.

توصیه ها

زنان باردار باید آگاه باشند که نسبت به بهداشت پرینه خود حساس باشند و هر گونه خارش، بوی بد و لکه بینی را به درمانگر خود گزارش نمایند. تا حد امکان از گرفتن دوش واژینال اجتناب کنید. لباس زیر پنبه ای یا نخی بپوشید و از لباس های گشاد و دامن بیشتر استفاده کنید. از پوشیدن لباس های زیر تنگ و جوراب شلواری اجتناب کنید. لباس زیر خیستان را به سرعت بعد از شنا یا ورزش عوض کنید. به مدت طولانی داخل وان آب گرم یا داغ باقی نمانید.

دارودرمانی

داروهای ضد قارچ در طی سال‌های اخیر مورد توجه زیاد درمانگران قرار گرفته‌اند. انسان به صورت مداوم در معرض ابتلا به عفونت‌های قارچی است. این عفونت‌ها غالباً سطح پوست و مخاط را درگیر می‌کنند و بیماری‌های سیستمیک را کمتر ممکن است ایجاد کنند مگر در افراد با اختلال سیستم ایمنی و یا در شرایطی دیگری که فرصت رشد به قارچ‌ها را بدهد.

داروهای ضد قارچ بر علیه کاندیدا بسیار موثرند. مهمترین این داروها شامل آمفوتریسین B، نیستاتین، ضد قارچ‌هایی با ساختمان آزولی مانند کلوتریمازول، مایکونازول و ایتراکونازول و کتوکنازول هستند. فلوکونازول تنها آزولی است که به مایع مغزی نخاعی نفوذ می‌کند. اثر این دارو در کاندیدیسمی معادل آمفوتریسین B و معمولاً تک دوز خوراکی آن کاندیدیاز مهبل را از بین می‌برد. تداخلات دارویی کتوکنازول و فلوکونازول حائز اهمیت بالینی است بویژه در زنان بارداری که وارفارین مصرف می‌کنند. هر چند وارفارین مطلقاً در سه ماهه اول بارداری استفاده نمی‌شود.

درمان عفونت‌های قارچی ساده است. طول درمان بستگی به نوع عفونت قارچی، شدت آن و اگر مشکلات سیستم ایمنی بدن دارید برخی از دوره‌های درمان می‌تواند چند روز کوتاه (به عنوان مثال، برای تورم مهبل) باشد. دوره‌های دیگر می‌تواند تا هشت هفته (به عنوان مثال برای عفونت قارچ پوست سر) باشد. انواع مختلفی از اشکال دارویی برای داروهای ضد قارچی وجود دارد. آنها به صورت کرم‌ها، اسپری‌ها، محلول‌ها و قرص‌ها ارائه شده‌اند. اغلب آنها با آسیب رساندن به دیواره سلولی قارچ، که سبب مرگ سلول قارچی می‌شود عمل می‌کنند. گاهی اوقات یک کرم ضد قارچ با کرم‌های دیگر ترکیب می‌شود که دو اقدام ضروری است. به عنوان مثال، یک کرم ضد قارچ اغلب با کرم استروئیدی خفیف مانند هیدروکورتیزون همراه است تا به ثورات خاصی را درمان کند. کرم ضد قارچی عفونت قارچی را پاک می‌کند و کرم استروئید ملایم باعث کاهش التهاب ناشی از عفونت می‌شود.

داروهای ضد قارچ خوراکی

انواع مختلفی وجود دارد. میکونازول به عنوان یک ژل خوراکی و نیستاتین به عنوان یک مایع در دسترس است. آنها به دهان اعمال و برای درمان برفک (عفونت کاندیدیایی) دهان و گلو استفاده می‌شود. تربینافین، آنتروکونازول، فلوکونازول، پوساکونازول، وریکونازول به عنوان قرص در دسترس هستند. آنها برای درمان عفونت‌های قارچی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. انتخاب بستگی به نوع عفونت دارد. مثلاً تربینافین معمولاً برای درمان عفونت ناخن است که معمولاً توسط یک نوع قارچ شکمی ایجاد می‌شود. فلوکونازول به عنوان جایگزینی برای استفاده از کرم ضد قارچی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین برای درمان و جلوگیری از عفونت قارچی خاصی در بدن استفاده می‌شود.

داروهای ضد قارچ تزریقی

این داروها ممکن است در عفونت قارچی جدی در داخل بدن استفاده شوند. آمفوتریسین B، فلوسیتوزین، ایتراکونازول، وریکونازول، آنیدولافونگین، کاسپوفونگین و میکافونگین داروهایی هستند که گاهی اوقات به این روش استفاده می‌شوند. انتخاب بستگی به نوع قارچ ایجاد عفونت دارد. این داروهای تخصصی و برای بیمارانی که معمولاً در بیمارستان بسیار بیمار هستند استفاده می‌شود. بسیاری از زنان پس از مصرف یک دوره آنتی بیوتیک، برفک را توسعه می‌دهند. چون آنتی بیوتیک می‌تواند باکتری‌های بی‌ضرر که در پوست یا مهبل زندگی می‌کنند را از بین ببرد و باعث می‌شود که قارچ‌ها شکوفا شوند. داروهای ضد قارچی می‌تواند به طور گسترده‌ای به داروها برای عفونت‌های قارچی سیستمیک و سطحی تقسیم شود. داروهای سیستمیک برای عفونت‌های لایه عمیق‌تر که تنها می‌تواند توسط داروهایی که در خون جریان می‌یابد به آن برسند. هیچ محل خاص وجود ندارد که هدف قرار گیرد اما توزیع اساساً از طریق تمام بدن صورت می‌گیرد. داروهای سیستمیک عفونت‌های قارچی شامل آمفوتریسین B، فلوسیتوزین، آزول‌ها، ایکینوکاندین‌ها است.

داروها برای عفونتهای قارچی سطحی شامل داروهای خوراکی و موضعی می‌باشند. این داروها به طور عمده برای عفونت‌های قارچی پوست و بافت در زیر آن (زیر جلدی) می‌باشند. داروهای خوراکی عمدتاً در قالب قرص‌ها و کپسول‌هایی هستند که از طریق دهان گرفته می‌شوند از طریق جریان خون عبور می‌کنند و برای هدف گیری این عفونت‌ها به پوست می‌رسند. اشکال دارویی موضعی عبارتند از کرم، پماد، لوسیون و ژل. داروهای خوراکی شامل تربینافین و گریزوفووین هستند. داروهای موضعی شامل نیستاتین، آزول موضعی، آلیلامین موضعی و سایر داروهای موضعی هستند.

داروهای ضد قارچی سیستمیک

آمفوتریسین B

آمفوتریسین B یکی از داروهای ضد قارچی با وسیع ترین طیف عمل است. قارچ ها را با تغییر نفوذ پذیری غشاء سلولی قارچی توسط اتصال به ارگوسترول می کشد. ارگسترول استرول غالب در غشای قارچی است. این مهم ترین دارو برای درمان تقریباً تمام عفونت های قارچی تهدید کننده حیات است. این در عفونت های جدی سیستمیک ناشی از قارچ هایی مانند کاندیدا آلبیکنس، کریپتوکوک، هیستوپلاسما، Blastomyces، Coccidioides و Aspergillus مفید است. آمفوتریسین B معمولاً توسط تزریق داخل وریدی آهسته استفاده می شود. خوراکی آن در اکثر عفونت های قارچی، به جز عفونت های قارچی شامل دستگاه گوارش، بی اثر است. مقدار دارو که به سیستم عصبی مرکزی (CNS) وارد می شود کمتر از تزریق داخل وریدی است و این داروها می توانند به طور مستقیم به مایع مغزی نخاعی برای درمان عفونت های قارچی CNS داده شوند. این رویکرد کمتر تحمل می شود و در حال حاضر کمتر استفاده می شود. همچنین ممکن است به صورت موضعی به عنوان آبیاری مثانه در عفونت های ادراری مثانه، به عنوان تزریق مستقیم موضعی در عفونت های قارچی حفره های مفصل یا در عفونت های قارچی چشم مورد استفاده قرار گیرد.

واکنش های جانبی: تجویز آمفوتریسین B اغلب با واکنش های مرتبط با تزریق همراه است که شامل تب با لرز، استفراغ و افت فشار خون است. استفاده از آمفوتریسین B اغلب با دوز مسمومیت تجمعی کلیه محدود می شود. سمیت کلیوی گاهی با کم خونی همراه است. نسخه لیپوسومال آمفوتریسین B که برای کلیه ها کمتر سمی هستند در حال حاضر در دسترس هستند اما بسیار گران تر از نسخه معمولی هستند. آمفوتریسین B به علت سمیت شدید کلیوی با داروهای جدیدتر و ایمن تر جایگزین می شود.

فلوسیتوزین

فلوسیتوزین یک داروی ضد قارچی خوراکی است که طیف محدودی از عمل دارد. بر علیه کاندیدا و کریپتوکوکوس فعال است. فلوسیتوزین توسط سلول های قارچی به یک متابولیت تبدیل می شود که باعث اختلال در تولید DNA و RNA قارچی می شود. مقاومت اکثر قارچ ها در استفاده تنها با فلوسیتوزین توسعه یافته است این دارو در حال حاضر کمتر استفاده می شود و همیشه در ترکیب با داروهایی مانند آمفوتریسین B برای جلوگیری از رشد مقاومت استفاده می شود. فلوسیتوزین می تواند غلظت خوبی در CNS داشته باشد و از این رو در ترکیب با آمفوتریسین B یا آزول ها در عفونت های CNS مانند مننژیت کریپتوکوکوسی یا کاندیدا استفاده می شود.

اثرات جانبی: اثرات نامطلوب فلوسیتوزین باعث تشکیل ۵-فلورواورسیل است که دارای فعالیت ضد سرطانی است. عوارض جانبی شامل سمیت مغز استخوان مانند آنمی، لکوپنی و افزایش آنزیم های کبدی است. سمیت در بیماران مبتلا به ایدز و بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی بیشتر است.

آزول ها

Azoles نشان دهنده یک سری از داروهای ضد قارچی است که به طور مداوم در حال گسترش است. با مهار سنتز ارگوسترول در دیواره سلولی قارچی عمل می کند. آزول ها در حال حاضر پرمصرف ترین و محبوب ترین داروهای ضد قارچی هستند. آزول ها معمولاً طیف گسترده ای از عمل دارند. لذا می تواند علیه درماتوفیت ها (قارچ های پوستی به استثنای مخمرها)، کاندیدا، کریپتوکوکوس، اسپریژیلوس، هیستوپلاسما و Blastomyces موثر باشد.

کتوکونازول، مایکونازول، کلوتریمازول، ایتراکونازول، فلوکونازول، وریکونازول و posaconazole بعضی از آزول های مهم در استفاده بالینی هستند. بعضی از جدیدترها نیز در آلودگی های قارچی تهدید کننده زندگی مفید هستند و به آرامی جایگزین آمفوتریسین B می شوند. ایتراکونازول، فلوکونازول، وریکونازول و پوساکونازول تنها از لحاظ سیستمیک استفاده می شود در حالی که سایر آزول ها اکثراً به صورت موضعی استفاده می شوند. آزول ها به طور کلی باعث اختلال کبدی خفیف و تعاملات دارویی می شوند. کراتوکونازول می تواند سنتز استروئید را در بدن بر خلاف سایر آزول ها مهار کند و با بروز عوارض جانبی به میزان قابل توجهی بیشتر نسبت به سایر آزول ها همراه است. استفاده از کتوکونازول در حال حاضر بیشتر محدود به مصارف موضعی است.

ایتراکونازول اغلب درمان ترجیحی در کچلی (عفونت های درماتوفیت مانند تینا پدیسس)، کاندیدایز مخاطی و عفونت های جدی ناشی از هیستوپلاسما، بلاستومیسس و اسپوروتریکس می باشد. همچنین در تب نوتروپنی، که به داروهای ضد باکتری پاسخ نمی دهد مفید است. ایتراکونازول می تواند باعث افزایش آنزیم های کبدی و ایجاد تعاملات دارویی شود. ایتراکونازول به صورت داخل وریدی یا خوراکی داده می شود. فلوکونازول و ایتراکونازول به CNS نفوذ می کنند و در عفونت های قارچی CNS مانند مننژیت کریپتوکوکال و کوکسیدیدال مفیدند. سایر موارد استفاده از فلوکونازول شامل کاندیدایز مخاطی و عفونت های قارچ به صورت خوراکی است.

فلوکونازول همچنین در پیشگیری از عفونت های قارچی در افرادی که دارای خطر بالایی هستند مانند بیماری های ایدز CD4 + بسیار پایین استفاده می شود. فلوکونازول در میان آزول ها ایمن ترین است. این تاثیرات کمتری بر روی کبد دارد و باعث تداخلات دارویی حداقل می شود. گاهی اوقات این می تواند باعث ریزش مو، خشکی دهان و ضعف عضلانی شود. فلوکونازول برای استفاده دهان و یا ویدی در دسترس است. واریکونازول به عنوان داروی انتخابی در آسپرژیلوزیس در نظر گرفته می شود و در برابر انواع مختلف کاندیدا فعالیت می کند. اثرات جانبی واریکونازول شامل ناهنجاری بینایی موقت و اختلالات بینایی رنگ در طی تزریق وریدی، بشورات، تداخلات بالقوه دارو و سمیت کبدی است. وریکونازول نیز برای مصرف خوراکی و داخل وریدی موجود است. پوساکونازول دارای یکی از گسترده ترین طیف های موجود در میان آزول ها است. در عفونت بیشتر گونه های کاندیدا، mucor و آسپرژیلوس مفید است. همچنین در پیشگیری از عفونت های قارچی در افراد مبتلا به اسهال بسیار شدید مفید است. این دارو فقط بعنوان یک فرمول مایع خوراکی است که با وعده های غذایی با چربی مصرف می شود.

ایکینوکاندین ها

در حال حاضر Caspofungin ، Anidulafungin و میکافونگین ایکینوکاندین های در دسترس هستند. ایکینوکاندین یک آنزیم ۳،۱- گلوکان سنتاز را مهار می کند که برای سنتز دیواره سلولی در قارچ حیاتی است. ایکینوکاندین که در حال حاضر در حال استفاده است فقط برای استفاده درون وریدی در دسترس است. بر علیه کاندیدا و آسپرژیلوس موثر است. Echinocandins در عفونت های سیستمیک با گونه های مختلف کاندیدا و عفونت های مهاجم Aspergillus مفید هستند. ایکینوکاندین در میان عوامل ضد قارچی ایمن ترین هستند و با سمیت کمتری مانند سوزش و اختلالات گوارشی جزئی ارتباط دارند.

داروهای ضد قارچی خوراکی سطحی

چند داروی ضد قارچی خوراکی برای درمان عفونت های قارچی سطحی وجود دارد. بعضی از این داروها مانند گریزوفولوین و تربینافین تنها برای عفونت های سطحی معرفی می شوند. داروهای دیگر مثل آزول ها نیز برای عفونت سیستمیک (عمیق) استفاده می شوند. آزولهای مانند فلوکونازول یا ایتراکونازول به طور خاص ممکن است برای درمان عفونتهای کاندیدا سطحی یا عفونت های پوستی با نتایج خوب استفاده شوند.

گریزوفولوین

Griseofulvin فقط در برابر درماتوفیت ها فعال است و تنها در عفونت های قارچ خوراکی مفید است. به صورت خوراکی داده می شود و جذب آن هنگام غذا با چربی بهتر است. اثرات جانبی گریزوفولوین شامل واکنش های آلرژیک و هپاتیت می شود و همچنین می تواند باعث ایجاد اختلال در مصرف داروها مانند وارفارین شود. گریزوفولوین در حال حاضر به دلیل عوارض جانبی و نیاز به درمان طولانی مدت برای پاسخ کافی به درمان، کمتر استفاده می شود. تربینافین یا آزول ها (موضعی یا خوراکی) بیش از گریزوفولوین برای درمان عفونت قارچ ترجیح داده می شوند.

تربینافین

Terbinafine یک مشتق از آلیامین است که برای استفاده دهان در عفونت های درماتوفیتی از جمله عفونت های قارچی بسیار مقاوم از ناخن (آنیکومایکوزیس) قابل استفاده است. تربینافین با مهار سنتز ارگسترول قارچ ها را می کشد. این مؤثرتر از آزول ها یا کریزنوفولوین در آنمی است. عوارض جانبی با تربینافین نادر است و معمولاً به درد سر و اختلالات گوارشی محدود می شود. گاهی اوقات می تواند باعث سمیت کبدی شود.

دارویی موضعی ضد قارچی

عناصر ضد قارچی موضعی معمولاً برای درمان عفونت های درماتوفیت، عفونت های تینا ورسیکالر و کاندیدا (پوستی، دهانی و واژینال) استفاده می شود. عوامل موضعی ممکن است به عنوان کرم ها، پماد، شیاف واژینال، قرص مکیدنی دهان و یا شامپو استفاده می شود.

آزولهای موضعی

آزول ها داروهای ضد قارچی موضعی با استفاده گسترده هستند. ازولهای موضعی شامل کلوتریمازول، میکونازول، سولکونازول، اکسیکونازول، کتوکونازول، تیوکونازول و غیره هستند. کلوتریمازول و میکونازول بیشترین استفاده را از آنها دارند. آزول های موضعی در عفونت کاندیدایزیس دهان، واژینال یا پوستی و عفونت قارچی استفاده می شود. شامپو کتوکونازول برای درمان تینا ورسیکالر و درماتیت سبورئیک نیز در دسترس است. آزول های موضعی به خوبی تحمل می شوند و با عوارض جانبی ناچیزی همراه هستند.

نیستاتین

نیستاتین یک داروی ضد قارچی شبیه به آمفوتریسین B است. استفاده از آن به علت سمیت بالا همراه با استفاده سیستمیک از نظر موضعی محدود است. نیستاتین فقط برای عفونت های کاندیدیایی پوست یا غشاهای مخاطی مفید است. نیستاتین ممکن است به صورت پماد، کرم یا اسانس استفاده شود. استفاده موضعی از نیستاتین با حداقل عوارض جانبی همراه است.

آلیل‌آمین های موضعی

allylamines مانند نفتیفین و تربینافین به عنوان کرم موضعی برای درمان عفونت قارچی استفاده می شود. آلیل‌آمین های موضعی داروهای جایگزین موثر برای آزال ها در دارودرمانی درماتوفیت ها هستند.

سایر عوامل موضعی

طیف وسیعی از داروهای دیگر به عنوان عوامل ضد قارچی موضعی در دسترس هستند. سایر داروهای ضد قارچی موضعی شامل تولنفتات، اسید بنزوئیک، سیکلوپیروکس آل‌آمین، اسید undecylenic و هالوپروگین هستند. برخی از این داروها مانند تولنفتات، اسید بنزوئیک و اسید undecylenic تنها در برابر درماتوفیت ها موثر هستند در حالی که برخی دیگر بر ضد کاندیدا نیز موثرند. استفاده از دوش مهلبلی و تامپونهای داخل مهبل در عفونت کاندیدیایی ممنوع است (۱).

ترکیبات گیاهی

برای از بین بردن برفک های دهان آب لیموترش را با عسل به مقدار مساوی مخلوط کرده و گاه در دهان نگه دارید. داروی دیگر جوش شیرین است. یک قاشق چایخوری جوش شیرین را در یک فنجان آب جوشیده سرد شده حل کنید و هر بار کمی از آن را در دهان بگردانید و بیرون بریزید. یا با یک گوش پاک کن پنبه ای که آن را به محلول جوش شیرین آغشته کرده اید روزی ۶ بار روی برفک های دهان بخوبی بمالید.

۲۵ آسم

آسم، یا آستما Asthma اختلال انسدادی دستگاه تنفسی است که با التهاب، حساسیت بیش از حد و انقباض مجاری هوایی تظاهر می کند. آسم در زنان باردار پیرو قانون «یک سوم» است. یک سوم مبتلایان به آسم طی بارداری با بهبود علائم مواجه می شوند؛ یک سوم علائمشان شدیدتر می شود و یک سوم هم هیچ تغییری در وضعیت بیماری خود تجربه نخواهند کرد. مطالعه های متعددی افزایش آمارهای بستری و تشدید آسم در زنان باردار را نشان داده اند. در ۳ ماهه اول بارداری معمولاً خبری از تشدید علائم نیست. اوج علائم آسم را در ماه ۶ بارداری شاهد هستیم. شیوع علائم آسم و تشدید آنها در ماه آخر بارداری و طی زایمان کاهش می یابد؛ به طوری که فقط ۱۰ تا ۲۰ درصد از زنان علائم آسم را تجربه می کنند. نکته دیگر آنکه شدت علائم آسم در بارداری های بعدی از الگوی بارداری اول پیروی می کند. یک زن باردار مبتلا به آسم و جنینش در معرض خطرهای متعددی هستند. در یک مطالعه وسیع آینده نگر، رابطه ای نسبی میان آسم و زایمان زودرس مشاهده شد. به علاوه، یک مطالعه گذشته نگر نشان داد که زنان باردار مبتلا به آسم بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات فشارخون، خونریزی های قبل از زایمان، خونریزی پس از زایمان، اختلالات مرتبط با غشاهای جفتی، دیابت بارداری، زایمان زودرس نیاز به سزارین و وزن کم در هنگام زایمان قرار دارند. بنابراین کنترل آسم در زنان باردار اهمیت بسیاری دارد.

دارودرمانی

داروهای مورد استفاده در درمان آسم را می توان به ۲ گروه طبقه بندی کرد: داروهای کنترل کننده و داروهای نجات دهنده. داروهای کنترل کننده برای پیشگیری از علائم آسم تجویز می شوند؛ در حالی که داروهای نجات دهنده برای بهبود علائم و رهایی از آنها به کار می روند.

داروهای کنترل کننده آسم

- کورتیکواستروئیدهای استنشاقی: کورتیکواستروئیدهای استنشاقی برای پیشگیری و کنترل التهاب تجویز می شوند و درمان کنترل کننده ارجح در بیماران مبتلا به آسم و از جمله زنان باردار هستند. به نظر می رسد که این داروها علائم آسم را بهبود داده و عملکرد ریه را بهتر می کنند. کورتیکواستروئیدهای استنشاقی که اخیراً در بازار موجود هستند عبارتند از بکلومتازون، بودزوناید، سیکلزونااید، فلونیزولاید و فلوتیکازون. بودزوناید برای دوران بارداری ارجح است زیرا اثربخشی و بی خطری آن در چند مطالعه وسیع به اثبات رسیده است.

در یک مطالعه اثرات تراژونیک مصرف بودزوناید در اوایل بارداری بر ۲۰۱۴ نوزاد بررسی شد و چنین نتیجه گرفتند که چنین خطری بعید به نظر می‌رسد. سایر کورتیکواستروئیدها هنوز بی‌خطر تشخیص داده نشده‌اند. عوارض ناخواسته ناشی از کورتیکواستروئیدها عبارتند از سرفه، گرفتگی صدا و عفونت قارچی دهان.

- بتاآگونیست‌های طولانی اثر: این گروه دارویی در بیماری‌های نسخه می‌شوند که تنها با کورتیکواستروئیدها علایمشان کنترل نمی‌شود. در چنین بیماری‌ها بتاآگونیست‌های طولانی اثر بهترین گزینه دارویی برای اضافه شدن به گروه کورتیکو- استروئیدها هستند. شواهد اندکی در مورد بی‌خطری مصرف این گروه دارویی در دوران بارداری وجود دارد. در جعبه اطلاعات دارویی بتاآگونیست‌های طولانی اثر در مورد افزایش خطر مرگ در مصرف کنندگان آن هشدار داده شده است. این افزایش خطر به طور اولیه با مونوتراپی بتاآگونیست‌های طولانی اثر مرتبط است و ربطی به ترکیب درمانی آن با کورتیکواستروئیدها ندارد. عوارض جانبی ناشی از مصرف این گروه دارویی عبارتند از تکی کاردی و ترمور. فورموتول و سالمتول ۲ داروی موجود در بازار از این گروه هستند.

- تنوفیلین: هرچند که تنوفیلین درمان ارجح در آسم محسوب نمی‌شود، ممکن است درمان آلترناتیو در بیماری‌ها باشد که با کورتیکواستروئیدهای استنشاقی به تنهایی آنچنان که باید کنترل نشده‌اند. در یک مطالعه کوهورت روی ۸۲۴ زن باردار مبتلا به آسم و ۶۷۸ زن سالم، ارتباط قابل توجهی میان مصرف تنوفیلین و ناهنجاری‌های مادرزادی یا تولد زود هنگام مشاهده نشد. به هر حال، اگر تنوفیلین را در دوران بارداری تجویز می‌کنید، بهتر است در حداقل دوز باشد. عوارض ناخواسته ناشی از مصرف تنوفیلین عبارتند از تهوع و بی‌خوابی.

- کرومولین سدیم: هرچند که کرومولین داروی بی‌خطری است، تجویز آن در مبتلایان به آسمی که باردار هستند توصیه نمی‌شود. مطالعه‌ها نشان داده اند که کرومولین اثر بخشی کمتری در مقایسه با کورتیکواستروئیدهای استنشاقی دارند. بنابراین این دارو تنها به عنوان آلترناتیو درمان آسم در بارداری در نظر گرفته می‌شود.

- تعدیل کننده‌های لوکوترین: مونته لوکاست و زفیرلوکاست، دو آنتاگونیست گیرنده لوکوترین هستند که درمان ارجح در آسم محسوب نمی‌شوند. اما می‌توان از این ۲ دارو به عنوان آلترناتیو درمان آسم پایدار استفاده کرد.

- ایمونومودولاتورها یا آنتی بادی‌های مونوکلونال: مطالعه‌های کافی برای قضاوت در مورد استفاده از امالیزوماب در بارداری وجود ندارد. امالیزوماب برای بیماران بالای ۱۲ سال که به آسم آلرژیک متوسط تا شدید مبتلا هستند و به دنبال مصرف کورتیکواستروئیدها به خوبی کنترل نشده اند تجویز می‌شود.

داروهای نجات‌دهنده از آسم

- بتا آگونیست‌های کوتاه اثر: بتا آگونیست‌های کوتاه اثر نظیر آلبوتول، گروه داروی انتخابی برای درمان آسم در دوران بارداری است. مطالعه‌های انجام شده روی مصرف بتا آگونیست‌های کوتاه اثر در دوران بارداری نشان داده اند که ارتباط واضحی میان این داروها و ناهنجاری‌های مادرزادی، زایمان زودرس یا تاخیر در رشد داخل رحمی وجود ندارد. این داروها شروع اثر سریعی دارند (ظرف ۳ تا ۵ دقیقه) و مدت اثر آنها ۴ تا ۶ ساعت است.

- کورتیکواستروئیدهای سیستمیک: آسم شدید با مرگ و میر مادر و کودک ارتباط مستقیم دارد. بنابراین، منابع مختلف مصرف خوراکی کورتیکواستروئیدها در طی بارداری را (در صورت لزوم) توصیه کرده‌اند. اما مصرف کورتیکواستروئیدهای سیستمیک در طی بارداری با پره اکلامپسی و تولد زودرس نوزاد همراه است.

اداره نظارت بر غذا و داروی آمریکا دولرا (Dulera®) را برای درمان آسم در بیماران ۱۲ سال و بالاتر تایید کرده است. دولرا یک آئروسل استنشاقی است که ترکیبی از کورتیکواستروئید (مومتازون فورات) و یک بتا دو آگونیست طولانی‌اثر (فورموتول فومارات) است. ذکر این نکته الزامی است که دولرا تنها باید برای بیماری‌های تجویز شود که بیماری آسم آنها با داروهای طولانی اثر کنترل آسم (به طور مثال یک کورتیکواستروئید استنشاقی) به خوبی کنترل نمی‌شود یا بیماری‌ها به حدی شدید است که از همان ابتدا باید درمان با هر دو داروی کورتیکواستروئید استنشاقی و یک بتادو آگونیست طولانی‌اثر شروع شود. باید توجه داشت که دولرا درمانی قطعی نیست و جایگزین داروهای استنشاقی سریع‌الاثرا برای درمان علایم حاد نمی‌شود. هر پاف استنشاقی از دولرا حاوی ۵ میکروگرم «فورموتول فومارات» و همچنین ۱۰۰ یا ۲۰۰ میکروگرم «مومتازون فورات» است. دوز پیشنهادی شروع آن بستگی به درمان قبلی آسم دارد. حداکثر دوز روزانه آن نیز ۲ استنشاق از دولرا ۲۰۰ میکروگرم/ ۵ میکروگرم دوبار در روز، صبح و عصر است.

دولرا در طبقه C دوران بارداری قرار دارد. شواهدی مبنی بر وجود ترکیبات موجود در دولرا در شیر انسان در دست نیست.

۱. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳rd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۲۷۶.
۲. Miller, F. Nausea and Vomiting of pregnancy: The problem of perception – Is it really a disease? Am J Obstet Gynecol ۲۰۰۲; ۱۸۶ (۵): S ۱۸۲-۳۰ .
۳. Matteson S, Roscoe J, Hickok J, Morrow GR. Therole of behavioral conditioning in the development of nausea. Am J Obstet Gynecol ۲۰۰۲; ۱۸۶ (۵): S۲۳۹-۴۳۰ .
۴. Carlson S M, Vanky E, Jacobsen C. Nausea and Vomiting associate with increasing maternal androgen levels in otherwise uncomplicated pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand ۲۰۰۳; ۸۲: ۲۲۵ .
۵. Jarnfelt-samsoie A, Bremme K, Encroth P. Steroid hormones in emetic and nonremetic pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol ۱۹۸۶; ۲۱: ۸۷-۹۹ .
۶. Niebyl JR. Nausea and Vomiting in Pregnancy. New England Journal of Medicine October ۱۴, ۲۰۱۰; ۳۶۳: ۱۵۴۴-۵۰.
- ۷-کفای عطریان محبوبه، عباس زاده فاطمه، باقری اعظم، انتشارات اندیشه رفیع. چاپ اول ۱۳۸۹. فصل چهارم صفحه ۷۵-۷۲.
۸. Myled-Text book for midwives. Edited by Diane M. Fraser, Margaret A. Cooper, G.W. Nolte. chapter ۱۴, page ۲۰۷.
۹. Niebyl J R. Drug therapy in pregnancy. Thridedit USA. Lippincott Wiliams & Wilkins ۲۰۰۱: ۷۷-۸۶
۱۰. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for treatment of nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. ۲۰۰۴; ۱۹۰ (۴): ۱۱۴۰.
۱۱. Conver E. Over the counter priduscts: nonprescription medications. Nutraceuticals and Herbal Agent. Clinical obstitrics & Gynecology. ۲۰۰۲; ۴۵ (۱). ۸۹-۹۸.
۱۲. Willetts KE, Ekangaki A, Eden JA. Effect of a ginger extract on pregnancy-induce nausea: a randomized controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynecol. ۲۰۰۳; ۴۳ (۲): ۱۳۹-۴۴.
۱۳. Vilming B, Nesheim B. Hypremesis gravidarum in a contemporary population. Oslo Acta Obstet Gynecol Scand ۲۰۰۰ ۷۹ (۸): ۶۳۰-۴۰.
۱۴. Grant KL. Alternative therapies: Ginger. Am J Health-Sys Pharm. ۲۰۰۰; ۵۷ (۱۰): ۹۴۵-۷.
۱۵. Al-Achi. A current look at Ginger use. ۲۰۰۱ Sep. Available from: <http://www.uspharmacist.com>
۱۶. Spiramote M, Lekhyanda N, Willetts KE, Ekangaki A. Effect of ginger extract on pregnancy induce nausea. A randomized controlled trial. J Obstet Gynecol. ۲۰۰۳; ۴۳ (۲): ۱۳۹-۴۴.
۱۷. Jewell D, Young G. Intervention for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane database System Rev. ۲۰۰۳; (۴): CD۰۰۰۱۴۵
۱۸. Borreli F, Capasso R, Aviello G, Pittler MH, Izzo AA. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy induced nausea and vomiting. Obstet Gynecol. ۲۰۰۵; ۱۰۵ (۴): ۸۴۹. ۵۶..
۱۹. Spiramote M, Lekhyand N. A randomized comparison of ginger and vit B۶ in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. J Med Assoc Thai. ۲۰۰۳; ۸۶ (۹): ۸۴۶-۵۳.
۲۰. Slothick RN. Safe successful nausea suppression in early pregnancy with p-۶ acustimulation. Reprod. Md ۲۰۰۱: ۴۶ (۹): ۸۱۱-۸۱۴

۲۱. Evans A T ,Niswander K R. Manual of obstetrics ۶ th edition ,USA. LippincottWilliams & Wilkins ۲۰۰۰:۱۱۳-۱۱۵.

۲۲. Fan CF, Tanhui E, Joshi S. Acupressure treatment for prevention of post operative nausea and vomiting, *Anesth Analg* ۱۹۹۷;۸۴:۸۲۱-۵.

۲۳. Steel NM. Effect of acupressure by sea-bands on nausea and vomiting of pregnancy. *Jobs Gyn Neonatal NURS* ۲۰۰۱;۳۰ (۱):۶۱-۷۰.

۲۴. Lowdermil K. Maternity nursing. ۵ th edition. USA. Mosby ۱۹۹۹:۲۷۸-۷۹, and ۶۶۰-۶۲.

۲۵. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۳۲۹, ۱۳۳۰.

منابع بخش خستگی

۱. Chien LY, Ko YL. Fatigue during pregnancy predicts cesarean deliveries. *J Adv Nurs*. ۲۰۰۴ Mar; ۴۵ (۵): ۴۸۷-۹۴.

۲. Pugh LC. Childbirth and the measurement of fatigue. *J Nurs Meas*. ۱۹۹۳ Spring; ۱ (۱): ۵۷-۶۶.

۳. Pugh LC, Milligan R, Parks PL, Lenz ER, Kitzman H. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. ۱۹۹۹ Jan-Feb; ۲۸ (۱): ۷۴-۸۰.

۴. de Jong N, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. *Cancer Nurs*. ۲۰۰۲ Aug; ۲۵ (۴): ۲۸۳-۹۷.

۵. Lee KA, Zaffke ME. Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. ۱۹۹۹ Mar-Apr; ۲۸ (۲): ۱۸۳-۹۱.

۶. Page L. The new midwifery: science and sensitivity in practice. Edinburgh: Churchill Livingstone; ۲۰۰۰. p: ۱۴۱-۴۶.

۷. Hernandez-Pena P, Kageyama ML, Coria I, Hernandez B, Harlow S. Work conditions, labor fatigue and low birth weight among street vendors. *Salud Publica Mex*. ۱۹۹۹ Mar-Apr; ۴۱ (۲): ۱۰۱-۹.

۸-Myled-Text book for midwives. Edited by Diane M. Fraser, Margaret A. Cooper G.W. Nolte. chapter ۱۴, page ۲۰۹.

۹. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۲۷۸.

منابع بخش یبوست

۱. Your pregnancy magazine. reflexology during pregnancy. Available at: [www. Women ۲۴. com](http://www.Women24.com) – what women want.

۲. Ponce J, Martínez B, Fernández A, Ponce M, Bastida G, Plá E, et al. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. *Eur J Gastroenterol Hepatol* ۲۰۰۸ Jan; ۲۰ (۱): ۵۶-۶۱.

۳. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of during massage on pain and anxiety labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs*. ۲۰۰۲ Apr; ۳۸ (۱): ۶۸-۷۳.

۴. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SS, Nygaard IE. Constipation in pregnancy. *Obstet Gynecol* ۲۰۰۷; ۱۱۰ (۶): ۱۳۵۱-۷.
۵. Cullen G, Odonoghue D. Constipation and Pregnancy, *Best Pract Res Clin Gastroenterol* ۲۰۰۷; ۲۱ (۵): ۸۰۷-۱۸.
۶. Prather C M. Constipa. pregnancy – related tion. *curr gastroentero / Rep.* ۲۰۰۴ OCT; ۶ (۵): ۴۰۲-۴۰۴.
۷. Jewell DJ, yong G. Intervention for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* ۲۰۰۲; (۲): CD ۰۰۱۱۴۲.
۸. Bonapace, Eugene. Constipation and Diarrhea in pregnancy. *Gasteroenter Clinic of North Am.* ۱۹۹۸ ۲۷ (۱): ۱۹۷-۲۱۱.
۹. Derbyshire Ej, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: Pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* ۲۰۰۷; ۵۲ (۲): ۳۲۴-۸.
۱۰. چهار طباطبایی محبوبه، بررسی مقایسه ای بروز و شدت شکایات شایع گوارشی زنان باردار خانه دار و شاغل مراجعه کننده به مراکز مراقبت های قبل از تولد شهر بجنورد، ۱۳۷۸-۱۳۷۹.
۱۱. Bishope E, Mckinone E, weir E, Brown DW. Reflexology in the management of encopresis and chronic constipation. *Paediatr nurs* ۲۰۰۳; ۱۵ (۳): ۲۰-۲۳.
۱۲. Nancy LN, stephenson JA. using Reflexology for pain management. *J Holistic nursing* ۲۰۰۳; (۲۱): ۱۷۹-۱۸۲.
۱۳. Ferrer de Dios R. Reflexology. *Rev Enferm* ۲۰۰۵ Mar; ۲۸ (۳): ۴۲-۶.
۱۴. Quattrin R, zanini A, Buchini S. "use of Reflexology Foot massage to reduce anxitey in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment : methodology and out comes. *J nurs manag* ۲۰۰۶ mar; ۱۴ (۲): ۹۶-۱۰۵. مجله علمی پژوهشی دانشکده
۱۵. فیروزی محبوبه. کاربرد رفلکسولوژی در زنان و مامایی. سال پنجم، شماره ۱۷ و ۱۸ (پائیز و زمستان) ۱۳۸۲ پرستاری و مامایی مشهد.
- ۱۶-Myles-Text book for midwives -Edited by Diane M.Fraser .Margaret A. Cooper.Anna G .W. Nolte.chapter ۱۴.page ۲۰۹.
- ۱۷-کفایی عطریان محبوبه، عباس زاده فاطمه، باقری اعظم، انتشارات اندیشه رفیع. چاپ اول ۱۳۸۹. فصل چهارم، صفحه ۷۷ و ۷۸. منابع بخش هموروئید و گازهای گوارشی
- ۱- Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am.* ۲۰۰۳; ۳۲: ۳۰۹-۳۲۲.
- ۲- Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Sys Rev.* ۲۰۰۵; ۳: CD ۰۰۴۰۷۷.
- ۳- Berardi R, McDermott J, et al. Handbook of Nonprescription Drugs. ۱۴th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association; ۲۰۰۴: ۳۳۵-۳۵۹
- ۴- انتشارات گلبن تهران ۱۳۸۵، فصل ۴، صفحه ۷۴ order اکبرزاده پاشا، حجت الله، اکبرزاده پاشا علی، زنان زایمان و مامایی ۴-
- ۵-Gas and bloating during pregnancy. Baby Center. February ۲۰۰۵. Available at: www.babycenter.com/refcap/pregnancy/prenatal health/۲۴۷.html. Accessed February ۱۶, ۲۰۰۶.
- ۶- Clinical Pharmacology (online version). Accessed at University of Cincinatti library Web site. Available at: www.cpip.gsm.com. Accessed August ۲۸, ۲۰۰۶.
- ۷- DiPiro J, et al. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. ۵th ed. New York, NY: McGraw-Hill; ۲۰۰۲: ۶۵۵-۶۶۹.

صاحب کشف حمید، الماسی نوکیانی فریبا، بهداشت دوران بارداری مراقبتهای قبل و بعد از زایمان راههای جلوگیری از بارداری و -۸ پیشگیری از سرطان. مرکز نشر انتشارات ۱۳۷۲، چاپ اول تهران. فصل چهارم. صفحه ۱۰۹ و ۱۱۰.

منابع بخش واریس

- ۱ - Beeb-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* ۲۰۰۵; ۱۵:۱۷۵-۱۸۴
- ۲ - Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR, Auvinen O, Hakama M. Risk indicators for varicose veins in forty-to sixty-year-olds in the Tampere varicose vein study. *Word J. Surg.* ۲۰۰۲; ۲۶:۶۴۸-۶۵۱
- ۳ - Carpentire PH, maricq HR, Biro C, Poncot- Makinen CO. perivalence, risk factor, & clinical paterns of chronic venous disorders of lowers limbs: A population- based study in France. *J Vasc Surg.* ۲۰۰۴; ۴۰: ۶۵۰-۶۵۹
- ۴ - Brunicardi FC, Anderson DK, Billar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz's principles of surgery. ۸th edition, New York: Mc Graw Hill; ۲۰۰۵: ۸۲۳
- ۵ - Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckly CY, lee AJ, prevalanve of varicose veins & chronic venous insufficiency in men & women in the general population: Edinburgh vein study. *J Epidemiol Community Health.* ۱۹۹۹; ۵۳: ۱۴۹-۱۵۳
- ۶ - Tuchsien F, Hannerz H, Burr H, Krouse N. prolonged standing at work & hospitalization due to varicose veins: A ۱۲ year prospective study of the Danish population. *Occup Environ Med.* ۲۰۰۵; ۶۲: ۸۴۷-۸۵۰
- ۷ - Criqui MH, Jamosmos M, fronek A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J, el al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population. *Am J Epidemiol.* ۲۰۰۳; ۱۵۸: ۴۴۸-۴۵۶
- ۸ - Nasiri Fourg A, Kazemi T, Nakhaei N, Kazemi N. Lower limb varicose veins and their relationship with risk factors in nurses of the Birjand University of Medical Sciences hospitals. *J Birjand university of medical science.* ۲۰۰۵, ۱۲: ۶۰-۶۶
- ۹ - Fowkes FGR, Lee AJ, Evans CJ, Alan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh vein study. *Int J Epidemiol.* ۲۰۰۱; ۳۰: ۸۴۶-۸۵۲
- ۱۰ - Kontosic L, Vukelic M, Drescik L, Mesaros- Kanjski, Materljan E, Jonjic A. work conditions as resk factors for varicose vein of the lower of the extremities in certain professions of the working population of Rijeka. *Acta Med Okayama.* ۲۰۰۰; ۵۴ (۱): ۳۳-۳۸
- ۱۱ - MAffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ, Lastoria S, Pinho W, Yoshida WV, et al. varocise vein & chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among ۱۷۵۵ inhabitance of a country town. *Int J Epidemiol.* ۱۹۸۶; ۱۵: ۲۱۰-۲۱۷
- ۱۲ - Weddell JM. venous vein pilot survey, ۱۹۶۶. *Br Prev Soc Med.* ۱۹۶۹; ۲۳ (۳): ۱۷۹-۱۸۶.
- ۱۳- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser, Margaret A.Cooper, Anna G . W.Nolte, chapter ۱۴ page ۲۱۰.

انتشارات گلبان ۱۳۸۵ تهران، فصل ۴، صفحه ۷۲-۱۴-اکبرزاده پاشا حجت الله، اکبرزاده پاشا علی، زنان و زایمان
منابع بخش سوزش سردل و سوء هاضمه

۱-Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,Margaret A.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹.

۲-کفایی عطریان محبوبه،عباس زاده فاطمه،باقری اعظم،انتشارات اندیشه رفیع،چاپ اول ۱۳۸۹،فصل چهارم، صفحه ۷۵.

۳. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۲۷۷.

۴-c۰mprehensive maternity nursing

۵.Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۳۳۰.

منابع بخش مشکلات دندانی

۱. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhoduse NL:Dantal management of the medically compromised patients. ۵th ed. Mostby ۱۹۹۷; chap ۲۱:۴۳۴-۴۴۰.

۲. Rose,Genco,Mealey,Cohen:periodontal medicine. B. C. Decker Inc ۲۰۰۰;chap ۹:۱۵۳-۱۶۱.

۳. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۲۷۲

منابع بخش پیکا

۱-کارین هاگدن رابینسون. اصول تغذیه رابینسون. ترجمه:خلدی ناهید. چاپ اول، تهران:نشر سالمی، سال ۱۳۷۸، صفحات:۲۰۱-۱۹۷

۲-فروزانی مینو. تغذیه در دوران بارداری، شیردهی، شیرخوارگی و کودکی، چا سوم، انتشارات چهر، سال ۱۳۷۴، صفحات ۶۵و ۶۴

۳. Lopez LB, Ortega Soler CR, De Portela ML. Pica during pregnancy. Arch Latinoam Nutr ۲۰۰۴; ۵۴ (۱):۱۷-۲۴

۴. Gary Cunningham F, Kenneth J, Leveno SL, Bloom JC, Katharine D, Prenatal care Williams obstetrics. Vol. ۱, ۲۲nd ed. New York. McGraw Hill; ۲۰۰۵, PP. ۲۰۱-۲۳۰

امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو،زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن،ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه -۵ علوم پزشکی زابل،زابل ۱۳۸۹،فصل هفتم، صفحه ۱۵۵.

۶. Woywodt A, Kiss A. Perforation of the sigmoid colon due to geophagia. Arch Surg ۱۹۹۹; ۱۳۴:۸۸-۸۹

۷. Morales L, Hayes Bautista D. Pica may be harmful to the fetus and mother. West J Med ۲۰۰۰; ۱۷۳ (۱): pp. ۲۵

منابع بخش ورم

امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو،زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن،ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه -۱ ۱۵۴.علوم پزشکی زابل،زابل ۱۳۸۹،فصل هفتم، صفحه

۲۲-Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,Margaret A.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۱۰.

منابع بخش تغییرات پوستی

۱. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۴۷.

۲. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۵۰۰

منابع بخش استریا

۱. Macdonad C , Levenno G, Gilstrap C, Hauth Katharine C, Wenstrom D. Williams obstetrics. ۲۱st Ed. New York: McGraw-Hill; ۲۰۰۵. P. ۱۷۲-۳.
۲. Osman H, Usta IM, Rubeiz N, Abu-Rustum R, Charara I, Nassar AH. Risk factors for the development of striae gravidarum. Am J Obstet Gynecol ۲۰۰۷; ۱۹۶: ۶۲.
۳. Suh D, Chang K, Son H, Ryu J, Lee S, Song K. Radiofrequency and ۵۸۵-nm pulsed dye laser treatment of striae distensae: a report of ۳۷ Asian patients. Dermatol Surg ۲۰۰۷; ۳۳ (۱): ۲۹-۳۴.
۴. - Osman H , Usta IM , Rubeiz N , Abu-Rustum R , Charara I , Nassar AH. Cocoa butter lotion for prevention of striae gravidarum. International J Obstet Gynaecol ۲۰۰۸; ۱۱۵ (۹):۱۱۳۸-۴۲.
۵. Tunzi M, GRAY G. Common skin conditions during pregnancy. Am Fam Physician ۲۰۰۷; ۷۵ (۲):۲۱۱-۱۸.
۶. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S, Firooz A. Stretch marks in abundance (Striae Gravidarum). J Eur Acad Dermatol Venereol. ۲۰۰۷ Jul;۲۱ (۶):۷۴۳-۶
۷. Biringer Common Physical Discomforts of Pregnancy. Can Fam Physician ۱۹۸۸; ۳۴:۱۹۶۵-۸.
۸. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian A, Firooz A. Striae gravidarum: associated factors. J Eur Acad Dermatol Venereol ۲۰۰۷; ۲۱ (۶):۷۴۳-۶.
۹. Chang ALS, AgredanYZ, Kimball AB. Risk factors associated with striae gravidarum. J Am ۳Acad Dermatol ۲۰۰۴; ۵۱ (۶): ۸۸۱
- ۱۰-امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو، زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن، ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ۱۳۸۹، فصل هفتم، صفحه ۱۵۲.
- منابع بخش کمردرد:
۱. Kelly-Jones. Alyse and McDonald. Genne. (۱۹۹۷). "Assessing musculoskeletal back pain during pregnancy". Jprimary care uptodate for OB/GYNS. (۴):۲۰۵-۲۱۰ .
۲. Hytten. FE. (۱۹۹۱). "Weight gain in pregnancy". editorclinical physiology in obstetrics. oxford:Black well scientific publications:۱۷۳-۲۰۳ .
۳. Hagen R. (۱۹۷۴). "pelvic gridle relaxation from an orthopaedic point of view". Acta orthop. Scandinavi (۴۵):۵۵۰-۵۶۳
- ۴-دنيس، تاپران، سوماک، (۱۳۸۱)، درمانهای تکمیلی برای بارداری و زایمان، ترجمه:محمد علی لقایی، عطالله غهیری-اصفهان، انتشارات کنکاش، ۲۵۵تا۲۴۷
۵. Atlas SJDcyo RA. (۲۰۰۱)". Evaluting and managing acute low back pain in the primary care setting". JGen intern Med (۱۶):۱۲۰-۱۳۱
۶. Caspersen,C,J,BLOEMBERG,B. P. M,Merritt,R. K. and ramhout,D. (۱۹۸۵). :The prevalance of selected physical activitics and their relation with coroacry heart disease risk factors in elderly men:. The Zutphen. study,American J of Epiemiology. (۱۳۳):۱۰۷۸-۱۰۹۲ .
۷. American collage of obstetrics &Gynecology. Guidelines of AGOG ۲۰۰۳
۸. Chan,Y. L,Lam,W. W. M,Lau,T. K. ,Metreweli,C. and Chan,D. P. N. (۲۰۰۲). "Back pain in pregnancy. magnetic resonance imaging correlation. "J clinical radiology. ۵۷:۱۱۰۹-۱۱۱۲ .
۹. Perkins jan,Hammer,Roger,L,and Loubert,peter,V. (۱۹۹۸). "identification and management of pregnancy-related low back pain". J of Nurse-Midwifery. (۴۳):۳۳۱-۳۴۰
۱۰. Ostgaard HC,HC, Zetherstrom G, Roos-Hansson E. Back pain in relation to pregnancy: A۶-year follow up. spine,۱۹۹۷;۲۲ (۲۴):۲۹۴۵-۲۹۵۰ .

۱۱. Breg G, Hammer M, Moller-Nielson J, Linden V, Thorblad J. Low back pain during pregnancy. *Obst Gynecol*, ۱۹۸۸;۷۷ (۱):۷۱-۴
۱۲. Ostgaard HC, Andersson GBJ. Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine*, ۱۹۹۱;۱۶:۵۴۹-۵۲
۱۳. Poole JL. Body mechanics during daily tasks to reduce back pain in women who are pregnant. *Work*, ۱۹۹۸;۱۰:۱۵۷-۱۶۵
۱۴. Mac Evilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: A review. *Pain*, ۱۹۹۶;۶۴:۴۰۵-۴۱۴ .
۱۵. Turgut F , Turgut M, Cetinsahin M. A prospective study of persistent back pain after pregnancy. *European. J Obstet Gynecol Reprod Biology*; ۱۹۹۸;۸۰:۴۵-۴۸
۱۶. Ostgaard HC, Andersson GBI. Postpartum low back Spine, ۱۹۹۲;۱۷:۵۳-۵۵ .
۱۷. Ostgaard HC, Roo-Hansson E Zetherstram G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine*, ۱۹۹۶;۲۱:۲۷۷۷-۸۰
۱۸. Breen TW, Ransial DJ, Groves PA. Factors associated with back pain after child birth. *Anesthesiology*. ۱۹۹۴;۸۱:۲۹-۳۴ .
۱۹. MacArthur A, MacArthure C, Weeks S. Epidural anaesthesia and low back pain after delivery: a prospective cohort study. *BMJ*, ۱۹۹۵;۳۱۱ (۷۰۱۶):۱۳۳۶-۱۳۳۹
۲۰. MacArthur C, Lewis M, Konx BG, Crawford JS. Epidural anaesthesia and long backache after child birth. *BMJ*, ۱۹۹۰;۳۰۱:۹-۱۲
۲۱. Russell R, Groves P, Tamb N. Assessing long-term backache after child birth. *BMJ*; ۱۹۹۳;۳۰۶:۱۲۹۹-۱۳۰۳
۲۲. Dumas GA, Reid JG, Wolfe LA, Griffin MP, Mc Grath MJ. Exercise, posture and back pain during pregnancy: part ۱, Exercise and posture. *Clin Biomech*, ۱۹۹۵;۱۰ (۲):۹۸-۱۰۳
۲۳. Bookhout MM, Bossonault WG. Physical therapy management of musculoskeletal disorders during pregnancy. In: Wilder E. (Ed), *Obstetric and Gynecology Physical Therapy*, New York: Churchill-Livingstone, New York ۱۹۹۸; ۱۷-۶۲
۲۴. Ostgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on Low-back pain in pregnancy. *Spine*, ۱۹۹۳;۱۸:۶۱-۵
۲۵. Damas GA, Reid JG, Wolfe LA, Griffin MP, McGrath MJ. Exercise, Posture and back pain during pregnancy : part ۲. Exercise and back pain *Clin Biomech*, ۱۹۹۵;۱۰ (۲): ۱۰۴-۱۰۹
۲۶. Moore K, Dumas GA, Reid JG. Postural changes associated with pregnancy and their relationship with low back pain. *Clin Biomech*, ۱۹۹۰;۵:۱۰۹-۷۴
۲۷. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC. Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, ۲۱ ed, New York: McGraw Hill, ۲۰۰۱
- ۲۸- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M. Fraser, Margaret A. Cooper, Anna G . W. Nolte, chapter ۱۴ page ۲۱۰.
- ۲۹- امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو، زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن، ناشر جامعه نگر با همکاری ۱۵۴. دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ۱۳۸۹، فصل هفتم، صفحه منابع بخش سرگیجه
- ۱- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M. Fraser, Margaret A. Cooper, Anna G . W. Nolte, chapter ۱۴ page ۲۱۰.

منابع بخش سردرد

۱-Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page ۲۰۹.

منابع بخش خارش

۱. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۵۰۲.

منابع بخش پاپول ها و پلاکهای بارداری

۱. Cuningham F G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. ۲۳nd ed. London: McGraw Hill; ۲۰۱۰ page ۱۵۰۲, ۱۵۰۳

۱. Holmes RC, Black MM, Dann J, James DC, Bhogal B. A comparative study of toxic erythema of pregnancy and herpes gestationis. Br J Dermatol ۱۹۸۲;۱۰۶ (۵):۴۹۹-۵۱۰.

۲. Yancey KB, Hall RP, Lawley TJ. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. Clinic experience in ۲۵ patients. J Am Acad Dermatol ۱۹۸۴;۱۰:۴۷۳-۸۰.

۳. Maglie R, Quintarelli L, Verdelli A, Fabbri P, Antiga E, Caproni M. Specific dermatoses of pregnancy other than pemphigoid gestationis. G Ital Dermatol Venereol. ۲۰۱۹ Jun;۱۵۴(۳):۲۸۶-۲۹۸

۴. Black M, Stephens C. The specific dermatoses of pregnancy: the British perspective. Adv Dermatol ۱۹۹۱;۷:۱۰۵-۲۷.

۵. Chouk C, Litaïem N. Pruritic Urticarial Papules And Plaques Of Pregnancy (PUPPP), StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ۲۰۲۰ Jan ۲۰ ۲۰۱۹ Jun ۴.

۶. Bourne G. Toxaemic rash of pregnancy. Proc R Soc Med ۱۹۶۲;۵۵:۴۶۲-۴.

۷. Alcalay J, David M, Sandbank M. Facial involvement in pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. J Am Acad Dermatol ۱۹۸۶;۱۵ (۵ Pt ۱):۱۰۴۸

۸. Kantor GR, Lookingbill DP. Pruritis. In: Sams WM Jr. , Lynch PJ, (eds). Principles and practice of dermatology, Second Edition. Hong Kong: Churchill Livingstone; ۱۹۹۶: ۸۹۲-۵.

۹. Greco PJ, Ende J. Pruritus: a practical approach. J Gen Intern Med ۱۹۹۲: ۷: ۳۴۰-۹.

۱۰. Helm TN, Lee TC. Familial benign pemphigus (Hailey-Hailey Disease). Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic ۱۵۰.htm>. Accessed July ۲۴, ۲۰۰۶

۱۱. Fragola LA, Watson PE. Common groin eruptions: diagnosis and treatment. Postgrad Med ۱۹۸۱; ۶۹: ۱۵۹-۶۳

منابع بخش اختلالات خواب

۱- August EM, Salihu HM, Biroscak BJ, Rahman S, Bruder K, Whiteman VE. Systematic review on sleep disorders and obstetric outcomes: scope of current knowledge Am J Perinatol. ۲۰۱۳ Apr;۳۰(۴):۳۲۳-۳۴.

۲-Kryger MH ,Roth G,Eloni DM,Dement WDF. Principles and Practice of Sleep Medicine. (۲۰۰۵)۴th edition. Philadelphia ,Lippin Cott.

۳-Lopes EA, Carvalho LBC, Seguro PBC, Rosiane M,Silva AB, Prado LBF, Prado GF. Sleep disorders in pregnancy. Arq. Neuro psiquiatr. ۲۰۰۴. Vol ۶۲. ۲a:[on line]<<http://www.icm ۱۹.org/>>

۴-Elliott AC , Schuman H. Primary care assesment and management sleep disorders. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. ۲۰۰۱;۱۳ (۹):۴۰۹-۴۱۸.

- ۵-Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen M AS, Myllylä V. Effects of pregnancy on mother's. Sleep Medicine. ۲۰۰۲; ۳ (۱): ۳۷-۴۲.
- ۶- Changes in Sleep Characteristics and Breathing Parameters During Sleep in Early and Late Pregnancy. Izci-Balserak B, Keenan BT, Corbitt C, Staley B, Perlis M, Pien GW. J Clin Sleep Med. ۲۰۱۸ Jul ۱۵; ۱۴(۷): ۱۱۶۱-۱۱۶۸.
- ۷-Edward N, M Iddleton PG, Blyton D, Sullivan C. Sleep disordered breathing and pregnancy. Thorax. ۲۰۰۲ :۵۷:۵۵۵-۵۵۸.
- ۸-Manconi M, Govoni V, De vito AE, Conomou N T, Cesnik E et al. Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome. Sleep Medicine. ۲۰۰۴ ; ۵ (۳): ۳۰۵ – ۳۰۸.
- ۹-Lee kA , Mcenany G, Zaffke ME. REM sleep and Mood state in child bearing women : sleepy or weepy ? Sleep medicine. ۲۰۰۱; ۲۳ (۷) : ۸۷۷ – ۸۸۵.
- ۱۰-Evans MDick M, Clark A. Sleep during the week befor labor relation ships to labor outcomes. Clinical Nursing. ۱۹۹۵ ; ۴ (۳) : ۲۳۴-۲۵۲.
- ۱۱-Moline M, Broch H , Zak R. Sleep problems across the line cycle in women. Current Science. ۲۰۰۴ ; ۶ : ۳۱۹ – ۳۳۰.
- ۱۲- Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. Am J Obstet Gynecol ۲۰۰۰; ۹۵ (۱): ۱۴-۱۸.
- ۱۳- Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, et al. Women's sleep in health and disease. J Psychiatr Res ۲۰۰۵; ۳۹ (۱): ۵۵-۷۶.
- ۱۴- Sahota PK, Jain SS, Dhand R. Sleep disorders in pregnancy. Curr Opin Pulm Med ۲۰۰۳; ۹ (۶): ۴۷۷-۸۳.
- ۱۵- Lopes EA, Carvalho LB, Seguro PB, Mattar R, Silva AB, Prado LB, et al. Sleep disorders in pregnancy. Arq Neuro-Psiquiatr ۲۰۰۴; ۶۲ (۲A): ۲۱۷-۲۱.
- ۱۶-Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. Am J Obstet Gynecol ۲۰۰۵; ۱۹۱ (۶): ۲۰۴۱-۴۶.
- ۱۷- Manber R, Armitage R. Sex, steroids and sleep: a review. Sleep ۱۹۹۹; ۲۲ (۵): ۵۴۰-۵۵.
- ۱۸- Sobel RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: the worried not-so-well. Curr Psychiatry Rep ۲۰۰۵; ۷ (۳): ۲۰۶-۱۲.
- ۱۹- Reid K J, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. Am J Geriatr Psychiatry ۲۰۰۶; ۱۴ (۱۰): ۸۶۰-۶۶.
- ۲۰- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand ۲۰۰۱; ۸۰ (۳): ۲۵۱-۵۵.
- ۲۱- Dieter J, Field T, Hernandez-Reif M, Jones NA, Lecanuet JP, Salman FA, et al. Maternal depression and increased fetal activity. J Obstet Gynaecol ۲۰۰۱; ۲۱ (۵): ۴۶۸-۷۳.
- ۲۲- Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. Arch Gen Psychiatric ۲۰۰۴; ۶۱ (۹): ۹۴۶-۵۲.
- ۲۳- Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and neonate. Infant Behavior & Development ۲۰۰۴; ۲۷: ۲۱۶-۲۹.

- ۲۴- McColl H^۱, Dhillon M, Howard LM. A systematic review of the nutritional status of women of a childbearing age with severe mental illness Arch Womens Ment Health. ۲۰۱۳ Feb;۱۶(۱):۳۹-۴۶.
- ۲۵- Evan ML, Dick MJ, Clark AS. Sleep during the week before labor: relationships to labor outcomes. Clin Nurs Res ۱۹۹۵; ۴ (۳): ۲۳۸-۲۵۲.
- ۲۶- Payne RM. Relaxation techniques. ۳rd ed. Newyork: Edinburgh; ۲۰۰۵.
- ۲۷- Bastani F. PhD Dissertation, Effect of Applied Relaxation training based on PRECEDE model integrated With the Health Belief model and self efficacy theory on anxiety and pregnancy outcomes among primipara women. Tarbiat Modarres University, ۲۰۰۴
- ۲۸- Santiago JR, Nolledo MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorder in pregnancy. Ann Intern Med ۲۰۰۱; ۱۳۴ (۵): ۳۹۶-۴۰۸.
- ۲۹- امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو، زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن، ناشر جامعه نگر با همکاری ۱۵۴ دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ۱۳۸۹، فصل هفتم، صفحه

منابع بخش گرفتگی ساق پا

۱. Hensley J. leg cramps and restless legs syndrome during pregnancy J Midwifery Womens Health ۲۰۰۹; ۵۴: ۲۱۱-۸.
 ۲. Sohrabvand F, Shariat M, Haghighollahi F. Vitamin B supplementation for leg cramps during pregnancy. Int J Gynecol obstet ۲۰۰۶; ۹۵: ۴۸-۹.
 ۳. Young GL, Jewell D. Interventions for leg Cramps in pregnancy. Cochrane Collaboration ۲۰۰۸; ۲۱: ۹۲-۶.
 ۴. Roffe C, Sills S, Crome p, et al. Randomised, cross-over, placebo controlled trial of magnesium citrate in the treatment of chronic persistent leg cramps. Med Sci Monit ۲۰۰۲; ۸: ۳۲۶-۳۰.
 ۵. Cunningham FC, Gant NF, Levono KJ, et al, editors. Williams Obstetrics. ۲۱st ed. New York: McGraw-Hill; ۲۰۰۱: p. ۱۰۰-۶.
 ۶. Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. ۲۰۱۵ Aug ۱۱;(۸):CD۰۱۰۶۵۵
 ۷. Danesh Shahraki A. Effect of vitamin E, calcium carbonate and milk of magnesium on muscular cramp in pregnancy t women. J Med Sci ۲۰۰۶; ۶: ۹۷۹-۸۳.
 ۸. Hovdenak N, Haram K. Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. ۲۰۱۲ Oct;۱۶۴(۲):۱۲۷-۳۲.
 ۹. Dahle LO, Berg G, hammar M, et al. The effect of oral magnesium substitution on pregnancy- induced leg cramps. Am J Obstet Gynecol ۱۹۹۵; ۱۷۳: ۱۷۵-۸۰.
 - ۱۰- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹,۲۰۸.
 - ۱۱- کفایی عطریان محبوبه، عباس زاده فاطمه، باقری اعظم، انتشارات اندیشه رفیع، چاپ اول ۱۳۸۹، فصل چهارم، صفحه ۹۰.
- منابع بخش دیس پنه
- ۱- امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو، زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن، ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه ۱۵۴ علوم پزشکی زابل، زابل، ۱۳۸۹، فصل هفتم، صفحه

۲- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹,۲۰۸.

منابع بخش پتیالیسم

۱- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹,۲۰۸.

منابع بخش گرفتگی بینی و خونریزی از بینی

۱- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹,۲۰۸.

۲-میر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو،زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن،ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی زابل،زابل،۱۳۸۹،فصل هفتم، صفحه ۱۴۹

منابع بخش ترشحات واژینال

۱- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۹,۲۰۸.

امیر شاهی مهربانو، بدخش مهین، صالحین شهربانو،زایمان طبیعی و مراقبتهای قبل و بعد از آن،ناشر جامعه نگر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی زابل،زابل،۱۳۸۹،فصل هفتم، صفحه ۱۵۰

منابع بخش کاندیدیا

۱- Myles-Text book for midwives-Edited by Diane M.Fraser,MargaretA.Cooper,Anna G . W.Nolte,chapter ۱۴ page۲۰۸ , ۲۰۹.