

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۷ / دکتر قاضی زاده، زهره حقیقت دانا

مشاوره قبل از حاملگی

فهرست مطالب

۲۲۷۳	اهداف درس
۲۲۷۳	مزایای مشاوره قبل از حاملگی
۲۲۷۴	حاملگی ناخواسته
۲۲۷۴	اختلالات مزمن طبی
۲۲۷۵	صرع
۲۲۷۵	بیماری‌های ژنتیکی
۲۲۷۶	مشاوران قبل از حاملگی
۲۲۷۸	روش زندگی و عادات کاری
۲۲۷۹	بیماری‌های مزمن طبی
۲۲۸۰	بیماری کلیه
۲۲۸۰	هیپرتانسیون
۲۲۸۰	صرع
۲۲۸۰	مشاوره
۲۲۸۱	بیماری‌های قلب
۲۲۸۲	بیماری‌های بافت همبند
۲۲۸۲	مشاوره
۲۲۸۲	اختلالات روانی
۲۲۸۲	خطرات مربوط به جنین
۲۲۸۳	بیماری‌های ژنتیکی
۲۲۸۳	مصون سازی
۲۲۸۳	تماس تشخیصی با اشعه
۲۲۸۳	انرژی الکترومغناطیسی

مشاوره قبل از حاملگی Pre marital counseling

دکتر قاضی زاده*، زهره حقیقت دانا**
*دانشگاه علوم پزشکی تهران** *دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- مزایای مشاوره قبل از حاملگی را توضیح دهد
- عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن در طی بارداری را نام ببرد
- روش‌های پیشگیری از عوارض بیماری‌های مزمن در طی حاملگی را توضیح دهد
- عوارض بارداری در سن کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۳۵ سال را نام ببرد.

مراقبت پیش از بارداری

مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها مراقبت پیش از بارداری را اینگونه تعریف کرده است: "مجموعه مداخلاتی که با هدف شناسایی و تغییر عوامل زمینه‌ساز رفتاری، اجتماعی و بیومدیکال مرتبط با سلامت زنان یا پیامدهای بارداری، از طریق پیشگیری و درمان صورت می‌پذیرد".

اهمیت مراقبت پیش از بارداری

برای موفقیت اثربخشی مراقبت‌های پیش از بارداری، استراتژی‌های پیش‌گیری کننده که خطرات احتمالی حاملگی را کاهش می‌دهند، باید قبل از لقاح فراهم شوند. زمانی که اغلب زنان متوجه حاملگی خود می‌شوند معمولاً ۱ تا ۲ هفته پس از به تاخیر افتادن قاعدگی است، در این زمان رویان، شکل گرفته است و بنابراین بسیاری از استراتژی‌های پیشگیری کننده مثل تجویز اسید فولیک برای جلوگیری از نقایص لوله عصبی و غیره موثر خواهند بود.

اهداف مراقب پیش از بارداری

۱. بهبود دانش، بینش و رفتار زنان و مردان در رابطه با سلامت پیش از بارداری
۲. اطمینان از این که تمام زنان در سنین باروری، خدمات و مراقبت‌های پیش از بارداری از جمله غربالگری عوامل خطر ساز بر مبنای شواهد، بهبود وضعیت سلامت و مداخلات مورد نیاز را دریافت می‌نمایند، به گونه‌ای که این افراد بتوانند در کمال سلامت باردار شوند.
۳. کاهش خطرات ناشی از عواقب ناخواسته ی بارداری از طریق انجام مداخلات لازم در دوران بارداری
۴. کاهش تعداد عواقب ناخواسته بارداری.

مزایای مشاوره قبل از حاملگی

مشاوره قبل از بارداری، به منزله طب پیشگیری مربوط به بارداری و زایمان است. یک برنامه جامع پیش از زایمان، شامل یک رویکرد هماهنگ برای مراقبت پزشکی، ارزیابی پیوسته خطرات و حمایت روانی است. بهینه‌سازی سلامت زنان قبل از حاملگی باید اصولاً مقدمه مراقبت‌های پره ناتال باشد. مراقبت مناسب و کافی، قابلیت کم کردن خطرات، پیشبرد روش‌های زندگی سالم و آماده کردن فرد برای بارداری را دارد. در سال ۱۹۸۹ در گردهمایی تخصصی ارائه خدمات بهداشت همگانی در مورد "محتوای مراقبت‌های پره‌ناتال" بیان شده که ویزیت قبل از حاملگی از نظر تاثیر بر روی بارداری ممکن است مهمترین ویزیت منفرد مراقبت‌های بهداشتی باشد.

حاملگی ناخواسته

نیمی از کل حاملگی‌ها بدون برنامه قبلی رخ می‌دهد و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این گروه از حاملگی‌ها در معرض بیشترین خطر هستند. در زنان دارای حاملگی‌های ناخواسته احتمال انجام رفتارهای پرخطر مانند استعمال دخانیات بیشتر و احتمال مصرف روزانه ویتامین‌ها کمتر است. بنابراین یکی از معیارهای مهم اثربخشی مشاوره قبل از حاملگی تاثیر آن در کاهش تعداد حاملگی‌های ناخواسته است.

اختلالات مزمن طبی

دیابت

دیابت نمونه بارز یک اختلال طبی است که مشاوره قبل از حاملگی در مورد آن مفید واقع می‌شود، چون عوارض مادری و جنینی مربوط به هیپرگلیسمی به خوبی شناخته شده است. بسیاری از این عوارض با کنترل بهینه گلوکز قبل از لقاح، پیشگیری می‌شوند. این کنترل باید در درازمدت و کاملاً منظم باشد و در رژیم غذایی قبل از حامله شدن تغییراتی ایجاد شده باشد. در مشاوره قبل از بارداری در مورد خطرهای موجود به زنی که قصد حامله شدن دارد آموزش داده می‌شود. خطر بروز ناهنجاری‌های جنینی در زنانی که دچار دیابت بارداری و هیپرگلیسمی در حالت ناشتا هستند، چهار برابر زنان طبیعی است.

مرگ و میر پری ناتال

مشاوره قبل از بارداری در پیشگیری از عوارض دیابت و کاهش ناهنجاری‌های جنینی، بسیار موثر است. زنانی که تحت مشاوره قبل از حاملگی قرار می‌گیرند زودتر برای مراقبت‌های پره‌ناتال مراجعه می‌کنند. مقدار هموگلوبین A1C آنان کمتر است. زایمان قبل از هفته ۳۰ و تولد نوزاد ماکروزوم و مرگ و میر نوزادی در آنان بسیار کمتر می‌باشد.

موربیدیتة مادری و موربیدیتة اقتصادی

انجام مشاوره قبل از حاملگی عوارض مامایی و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را در زنان مبتلا به دیابت کاهش می‌دهد. احتمال بستری شدن این افراد در بیمارستان برای کنترل دیابت در طول حاملگی و طول مدت استراحت پس از زایمان بسیار کمتر می‌باشد.

صرع

احتمال وقوع اختلال ساختمانی در فرزندان زنان مبتلا به صرع در مقایسه با فرزندان زنان غیر مبتلا به صرع دو تا سه برابر بیشتر است. فرزندی که در تماس با داروهای ضد تشنج قرار گرفته است در معرض خطر بیشتری است. مشاوره پیش از بارداری معمولاً رژیم تک دارویی با دارویی که کمترین تراتوژنیسیته را دارد، توصیه می‌نماید. آکادمی نورولوژی آمریکا (۱۹۹۸) توصیه می‌کند آن دسته از زنانی که مبتلا به صرع هستند و در سن تولید مثل قرار دارند تحت مشاوره قبل از حاملگی قرار بگیرند و در صورت حامله شدن اسید فولیک مصرف کنند و از درمان تک دارویی ضد تشنج با حداقل خاصیت تراتوژن استفاده نمایند. یادآور می‌شود که عدم مصرف اسید فولیک میزان ناهنجاری‌های مادرزادی را افزایش می‌دهد.

بیماری‌های ژنتیکی

نقایص زمان تولد در حال حاضر علت اصلی مرگ و میر نوزادان می‌باشد و حال آنکه با پیشگیری اولیه و اجتناب از عوامل مسبب بیماری و پیشگیری ثانویه و شناسایی و ختم حاملگی‌های دچار اختلال و از جمله اختلالات تک ژنی و یا سایر نقایص غیرقابل اجتناب می‌توان از بروز اینگونه نقایص، جلوگیری کرد. در این گفتار، به ذکر چند مثال از اختلالات مادرزادی اکتفا می‌شود:

نقایص لوله عصبی

میزان بروز این نقایص ۰/۹ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است. بعد از ناهنجاری‌های قلبی، شایعترین ناهنجاری‌ها می‌باشند چون بعضی از نقایص لوله عصبی مربوط به جهش خاصی در ژن متیلن تتراهیدروفولات ردوکتاز می‌باشد آثار آن را می‌توان از طریق مصرف اسید فولیک به میزان زیادی از بین برد بنابراین توصیه می‌شود تمام زنانی که ممکن است باردار شوند، ۴۰۰ تا ۸۰۰ میکروگرم اسید فولیک روزانه بصورت خوراکی قبل از بارداری

و در طی سه ماهه اول بارداری مصرف کنند.

فنیل کتونوری (PKU)

این اختلال نوعی خطای ارثی در متابولیسم فنیل آلانین است. ممکن است جنین، بیماری را به ارث نبرد ولی تحت تاثیر بیماری مادر دچار آسیب دیدگی شود. از راهکارهای پیشگیری اولیه می‌توان استفاده کرد و به میزان زیادی مرگ و میر جنینی را کاهش داد. در افراد مبتلا که رژیم غذایی بدون محدودیت مصرف می‌کنند میزان فنیل آلانین خون به طور غیرطبیعی افزایش یافته است. این اسید آمینه به راحتی از جفت عبور می‌کند و باعث آسیب دیدگی اعضای در حال تکامل جنین می‌شود. بافت عصبی و قلبی بسیار آسیب پذیر است. با مشاوره قبل از حاملگی و رژیم غذایی همراه با محدودیت فنیل آلانین در دوران بارداری میزان بروز ناهنجاری‌های جنینی را می‌توان تا حدود زیادی کاهش داد.

تالاسمی

در حال حاضر ۲۰۰ میلیون انسان، حامل یک ژن برای یکی از انواع هموگلوبینوپاتی هستند. در نواحی آندمیک، مانند کشورهای مدیترانه‌ای و کشورهای شرق آسیا، مشاوره و سایر تدابیر پیشگیرانه، میزان بروز موارد جدید را حداقل ۸۰ درصد کاهش داده است.

مشاوران قبل از حاملگی

داشتن یک تست منفی بارداری، موقعیت خوبی برای مشاوره است. به زنانی که برای مشاوره قبل از بارداری مراجعه می‌کنند باید توضیح داد که جمع‌آوری داده‌های لازم وابسته به تعداد و پیچیدگی آنها ممکن است زمان بر باشد. ارزیابی‌های اولیه شامل یک تاریخچه کامل از بیماری‌های طبی، مامایی، اجتماعی و سابقه خانوادگی است. توصیه‌های اساسی پایه قبل از حاملگی در باره مواردی نظیر تغذیه، مصرف الکل، استعمال دخانیات، استفاده از داروی غیرمجاز، مصرف ویتامین و ورزش و سایر عوامل مثل بیماری‌های طبی یا جراحی مربوطه، اختلالات تولید مثلی و بیماری‌های ژنتیکی را می‌توان ارائه داد. جهت گرفتن اطلاعات مهم می‌توان از پرسشنامه، استفاده کرد. پاسخ‌ها در حضور زوجین بررسی می‌شوند تا از پیگیری مناسب و ارائه رکوردهای طبی مرتبط مطمئن شویم.

شرح حال

روند مشاوره با بررسی کامل سابقه طبی مامایی، اجتماعی و خانوادگی مانند سابقه تولید مثل، پیامد هریک از حاملگی‌های قبلی، استفاده از درمان‌های دارویی و آلرژی‌های دارویی سابقه خانوادگی نظیر بیماری‌های طبی یا ژنتیکی و اختلالات مربوط به تولید مثل اصل و نسب قومی و نژادی عوامل خطر اجتماعی مثل مصرف الکل، داروهای غیر مجاز، مصرف سیگار، رفتارهای پر خطر جنسی و بدرفتاری با همسر، عوامل خطر محیطی نظیر تماس با آفت‌کش‌ها یا مواد شیمیایی مورد مصرف در خشکشویی و عوامل مربوط به محیط منزل و عوامل

استرس‌زا شروع می‌شود.

سابقه تولید مثلی

طی غربالگری پیش از بارداری پرسش‌هایی در مورد ناباروری، نتایج غیرطبیعی بارداری مانند سقط، بارداری نابجا، از دست دادن مکرر ماحصل بارداری و عوارض مامایی مثل پره اکلامپسی، جداسدگی جفت و زایمان زودرس، باید پرسیده شود. اطلاعات در خصوص تولد نوزاد مرده، بسیار مهم است. سابقه از دست دادن راجعه ماحصل حاملگی در افراد خانواده، خطر جابجایی خانوادگی کروموزومی یا سایر بازآرایی‌های کروموزومی را افزایش می‌دهد. سابقه نارسایی سرویکس یا ناهنجاری رحمی، لزوم ارزیابی مناسب را مطرح می‌کند.

سابقه اجتماعی

سن مادر: در هر دو انتهای سن باروری سن مادر بر پیامد حاملگی تاثیر می‌گذارد، به طوری که:

حاملگی در سنین ۱۹-۱۵ سالگی

نوجوانان بیشتر در معرض آنمی، زایمان زودرس و پره اکلامپسی هستند. اکثر این حاملگی‌ها ناخواسته می‌باشد و این افراد به ندرت مشاوره قبل از حاملگی را انجام می‌دهند. چون این افراد در سنین رشد هستند نیاز به کالری در آن‌ها بیشتر از زنان مسن تر است و در زنانی که دارای وزن طبیعی یا کمتر هستند افزایش مصرف کالری تا ۴۰۰ کیلو کالری در روز توصیه می‌شود.

حاملگی پس از ۳۵ سالگی

۱۵ درصد از حاملگی‌ها در این گروه سنی رخ می‌دهد. احتمال تقاضا برای انجام مشاوره قبل از حاملگی در این گروه بیشتر است چون این افراد یا حاملگی خود را به تعویق انداخته‌اند و اکنون می‌خواهند پیامد حاملگی آنان در حد بهینه باشد و یا قبلا تحت درمان ناباروری بوده‌اند. مطالعات اولیه مطرح می‌کنند که خطر عوارض مامایی و نیز موربیدیتیه و مرگ و میر پری‌ناتال در زنان بارور ۳۵ سال افزایش می‌یابد و در افرادی که مبتلا به بیماری مزمن هستند یا وضعیت فیزیکی ضعیفی دارند نیز این عوارض بیشتر است. مرگ و میر مادری در زنان بارور ۳۵ سال و مسن تر بیشتر است ولی بهبود مراقبت‌های طبی باعث اصلاح این خطر می‌شود.

خطرهای جنینی مربوط به سن مادر

زایمان پره ترم یا تروژنیک که لازمه بعضی از عوارض مادری مانند فشار خون بالا و دیابت است زایمان خودبخود پره ترم، افزایش بروز آنوپلوئیدی، خطر مربوط به کل اختلالات غیر کروموزومی به میزان قابل توجهی با گذشت سن مادر افزایش می‌یابد. بروز Club foot بعد از ۳۵ سالگی و بیماری‌های قلبی پس از ۴۰ سالگی افزایش می‌یابد افزایش سن پدر در نتیجه جهش‌های جدید اتوزوم غالب باعث افزایش نقایص زمان تولد می‌باشد. مهمترین علت حاملگی چندقلو این زنان در حال حاضر درمان ناباروری است. حاملگی دوقلویی دو تخمکی هم در این سن شایعتر است.

الکل، مواد مخدر و استعمال دخانیات

در حال حاضر عقب ماندگی ذهنی ناشی از مصرف الکل شایعترین علت شناخته شده سندرم عقب ماندگی ذهنی است، استعمال دخانیات رشد جنین را به صورت وابسته به دوز تحت تاثیر قرار می‌دهد خطر زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین و تولد با وزن کم را افزایش می‌دهد و در سنین مدرسه باعث افزایش میزان اختلال "بیش فعالی ناشی از کمبود توجه" و مشکلات رفتاری و اختلال در یادگیری می‌شود. استعمال دخانیات باعث افزایش خطر عوارض حاملگی مربوط به نارسایی عروقی مانند نارسایی رحمی - جفتی و جدا شدن جفت نیز می‌شود.

تماس‌های محیطی

با اینکه هر زنی در معرض تماس با عوامل محیطی قرار دارد میزان خطرهای مربوط به حاملگی فقط اندکی افزایش می‌یابد. به عنوان مثال پرستاران ممکن است در معرض تماس با سیتومگال ویروس یا ویروس سنسشیال تنفسی و کارگران حامله مراکز صنعتی در معرض تماس با مواد شیمیایی مانند فلزات سنگین یا حلال‌های عادی و یا زنان روستایی ممکن است در معرض آفت‌کش‌ها یا مصرف آب آلوده چاه یا مواد شیمیایی بالقوه مضر قرار گیرند زنی که برای حامله شدن برنامه ریزی می‌کند باید خود را قبل از حاملگی و در طول حاملگی از تماس با عوامل مضر دور نگه دارد.

روش زندگی و عادات کاری

برخی از عادات‌های کاری و فردی مربوط به زندگی ممکن است پیامد حاملگی را تحت تاثیر قرار دهد.

تغذیه

وجود پیکا (هرزه خواری) به یخ، پودر رختشویی، نشاسته، خاک رُس و زباله معمولاً با کم خونی همراه است. گیاهخواری معمولاً در ارتباط با کمبود پروتئین است که با افزایش مصرف پنیر و تخم مرغ اصلاح می‌شود. چاقی باعث عوارض مادری مانند هیپرتانسیون، پره اکلامپسی، دیابت حاملگی، ترومبوفلیت، اختلالات زایمان دیررس (پست ترم)، سزارین و عوارض جراحی می‌شود.

همچنین چاقی با عوارض مادری متعددی همراه است. زنانی که دارای شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ می‌باشند در معرض افزایش فشار خون، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، اختلالات زایمان، سزارین، مشکلات جراحی، افزایش خطر مرگ دیررس جنین و زایمان زودرس (پره ترم) قبل از هفته ۳۷، افزایش خطر اسپاینا بیفیدا، نقایص دیواره شکمی و ناهنجاری‌های روده‌ای در جنین می‌باشند. کم اشتها، عصبی و بولیمی باعث افزایش خطرانی نظیر کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات الکترولیتی، آریتمی‌های قلبی و اختلالات دستگاه گوارش می‌شوند.

ورزش

شواهدی مبنی بر خطرناک بودن ورزش در دوران بارداری وجود ندارد. زنان بارداری که شرایط خوبی

دارند می‌توانند در سرتاسر حاملگی به ورزش کردن ادامه دهند. اگرچه ممکن است ورزش معمول قبل از حاملگی آن‌ها نیازمند تغییر باشد. به عنوان مثال حاملگی ممکن است باعث ایجاد مشکلات تعادلی شود و شل شدن مفاصل ممکن است فرد را مستعد آسیب ارتوپدیک کند. باید به زنان توصیه کرد که تا حد خستگی شدید ورزش نکنند، به پشت ن خوابند، از فعالیت‌هایی که نیاز به تعادل مناسبی دارند بپرهیزند، دفع حرارت و جایگزینی مایعات را در نظر داشته باشند و در آب و هوای بد، ورزش نکنند.

بدرفتاری خانوادگی

حاملگی ممکن است مشکلات بین فردی را تشدید نموده و خطر بد رفتاری همسر را افزایش دهد. این احتمال در زنانی که همسران آن‌ها دارای خصوصیات زیر هستند بیشتر است: سوء مصرف الکل، بیکار شدن از کار در گذشته نزدیک، برخورداری از آموزش ضعیف یا درآمد کم و سابقه توقیف شدن. به علت این که خشونت خانگی می‌تواند طی بارداری، افزایش یابد بنابراین دوره قبل از بارداری، زمان مناسبی برای غربالگری و در صورت لزوم تداخل است.

سابقه خانوادگی

وضعیت بهداشتی و تولید مثلی خویشاوندان نسبی باید از نظر بیماری، عقب ماندگی ذهنی، نقایص زمان تولد، ناباروری و از دست دادن حاملگی، بررسی شود. زمینه‌های خاص نژادی و قومی یا مذهبی ممکن است نشان‌دهنده افزایش خطر تعدادی از اختلالات مغلوب باشند.

بیماری‌های مزمن طبی

دیابت

در صورت ابتلاء به دیابت آشکار مخاطرات شدید مادری و جنینی افزایش می‌یابد **خطرهای مادری** عبارتند از: آسیب دیدگی شبکیه، کلیه و قلب و عفونت‌های ادراری، کتواسیدوز دیابتی و نیاز به سزارین، ضمناً هیپرتانسیون شایع است و زنان دیابتیکی که دچار بیماری کلیوی هستند از نظر پره اکلامپسی در معرض خطر جدی تری می‌باشند. **خطرات جنینی** عبارتند از: افزایش مرگ و میر پری‌ناتال، ناهنجاری‌ها، اختلالات رشد زایمان زودرس یا تروژنیک و بی‌ثباتی متابولیک نوزاد. نقایص لوله عصبی و ناهنجاری‌های قلبی و کلیوی در زنان حامله دیابتیک ۵-۲ برابر بیشتر است. آژنزی ساکروم و هولوپروزنسفالی به ندرت رخ می‌دهند. ویزیت قبل از حاملگی باید شامل ارزیابی کنترل دیابت و عوامل محرک باشد اجزای همه این ویزیت شامل آموزش به بیمار، کنترل گلوکز با رژیم غذایی و ورزش و انسولین می‌باشد، اسید فولیک 400 mg در روز باید قبل از حاملگی مصرف شود و در صورت وجود سابقه فردی یا خانوادگی نقایص لوله عصبی با دوز ۴ میلی گرم در روز تجویز گردد.

بیماری کلیه

تشدید هیپرتانسیون ناشی از اختلال عملکرد کلیه همراه با پره اکلامپسی حاصله از نگرانی‌های زنان مبتلا به بیماری‌های کلیوی مختلف می‌باشد. حاملگی باعث افزایش آسیب دیدگی کلیه می‌شود و اختلال دایمی عملکرد کلیه را تسریع می‌کند. تحقیقات نشان داده که در یک سوم زنانی که سطح کراتینین سرم آن‌ها بیش از ۲ میلی گرم باشد سرعت کاهش عملکرد کلیه در طول حاملگی تشدید می‌شود بنابراین بهترین عامل پیشگویی کننده پیامد پری‌ناتال، میزان کراتینین سرم است. خطرات جنینی عبارتند از اختلال همزمان عملکرد عروقی، محدودیت رشد زایمان زودرس و افزایش مرگ و میر و موربیدیتة حول و حوش زایمان.

هیپرتانسیون

خطرات مربوط به این اختلال شبیه خطرات مربوط به بیماری کلیوی است. فشار خون بالا در طول حاملگی ممکن است تشدید یافته و باعث نیاز به درمان دارویی بیشتر یا زایمان پره ترم شود. جهت کشف علت آن باید عملکرد کلیوی و قلبی بررسی شود. در بسیاری از موارد چاقی باعث آن می‌باشد که با کاهش وزن می‌توان آنرا اصلاح کرد علاوه بر آن کاهش وزن باعث کاهش هیپرانسولینمی و دیابت و هیپرتری گلیسریدی می‌شود.

صرع

مهمترین خطر مربوط به حاملگی در این اختلال افزایش فعالیت تشنجی است که ممکن است به علت کاهش سطح دارو در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک حاملگی در ارتباط افزایش حجم توزیع باشد مهمترین تغییر افزایش کلیرانس دارو در اثر القای آنزیم‌های کبدی و پلاسمایی و جفتی همراه با افزایش قابل توجه فیلتراسیون گلومرولی باشد و یا تهوع و استفراغ که منجر به حذف مقادیری از دارو از بدن می‌شود. از علل دیگر قطع درمان دارویی توسط خود فرد است (به علت ترس از آسیب دیدگی جنین) باید با زن حامله مشاوره کرد و یا دارو را تغییر داد. در فرزندان زنان مبتلا به صرع خطر وقوع ناهنجاری‌های ساختمانی افزایش می‌یابد که قسمتی مربوط به خود صرع است و قسمتی در ارتباط با داروهای ضد صرع می‌باشد. همچنین قسمتی به علت تشنج است که باعث کاهش گذرای جریان خون رحم و اکسیژن رسانی به جنین می‌شود و قسمتی مربوط به ترومای ناشی از تشنج است که به جنین هم آسیب وارد می‌کند. در زنانی که در کودکی سابقه تشنج ناشی از تب داشته‌اند احتمال داشتن کودکی با همان بیماری بیشتر است.

مشاوره

در صورت وجود حملات تشنجی از کمترین دوز موثر از دارویی که دارای حد اقل اثر تراژون است استفاده می‌شود. به طور کلی زنانی که، در ۲ تا ۵ سال گذشته دچار تشنج نشده‌اند، مبتلا به نوع ساده صرع هستند، هوش و معاینه آنها طبیعی است و الکتروانسفالوگرام آنها به دنبال مصرف دارو طبیعی شده کاندید قطع دارو می‌باشند.

بیماری‌های قلب

بیماری‌های مادرزادی قلب

میزان مرگ و میر مربوط به حاملگی ارتباط ضعیفی با نوع ضایعه قلبی دارد. در زنان مبتلا به هیپرتانسیون ریوی به هر شکل و نوع عارضه‌دار کوارکتانسیون آئورت یا سندرم مارفان توام با درگیری دریچه آئورت خطر مرگ و میر به حدی زیاد است که توصیه به حامله نشدن را ایجاب می‌کند.

بیماری‌های سیانوتیک

این ضایعات در میان همه نقایص مادرزادی قلب با بیشترین خطر در حاملگی همراه هستند. زنان مبتلا در معرض افزایش خطر نارسایی قلبی، عوارض ترومبوتیک، آریتمی‌ها و عفونت‌ها هستند میزان مرگ و میر مادری و جنینی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. زنان مبتلا به هیپرتانسیون اولیه ریوی و سندرم آیزن مِنگِر، بیشترین میزان مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند.

ناهنجاری‌های نیازمند عوامل ضد انعقادی

تعدادی از بیماری‌های قلبی نیازمند عوامل ضد انعقادی هستند. شایع ترین حالت جاگذاری دریچه مکانیکی است. در زنان غیر حامله از وارفارین استفاده می‌شود. ولی در خانم‌های باردار، بهتر است از هپارین استفاده شود. باید توجه داشته باشیم که استفاده بیش از حد این عوامل، خطر عوارض خونریزی را افزایش می‌دهد و عدم استفاده کافی باعث ترومبوز دریچه مصنوعی می‌شود.

مشاوره

باید عملکرد قلبی به دقت از طریق اکوکاردیوگرافی و آنژیوگرافی عروق بررسی شود. درمان‌های دارویی بی خطر توصیه شود. مصرف وارفارین تا حد امکان قطع شود. در موارد وجود نقص مادرزادی برای تعیین خطر جنینی باید شجره نامه رسم گردد. زنانی که در معرض خطر بالایی از مرگ و میر هستند باید در مورد حامله شدن تجدید نظر کنند.

ترومبوآمبولی

خطر ترومبوآمبولی راجعه در طول حاملگی افزایش می‌یابد (حدوداً ۱۰٪) برخی از عوامل خطر عبارتند از: سن بالای ۳۵ سال، خطر را ۲ برابر بیشتر از زنان جوان می‌کند. مصرف سیگار آسیب دیدگی عروق را افزایش می‌دهد، چاقی خطر عود را می‌افزاید و در زنان مسن شایعتر است، وجود سابقه خانوادگی ترومبوآمبولیک، زمینه ارثی را مطرح می‌کند.

ترومبوفیلی‌ها

اکثر این اختلالات از نقایص ارثی مکانیسم‌های ضد انعقادی هستند و عبارتند از: کمبود پروتئین C ، پروتئین S ، کمبود آنتی ترومبین III ، مقاوم بودن پروتئین C فعال شده، هیپرهوموسیستینمی (جهش متیلن

تتراهیدروفولات ردوکتاز) و جهش پروترومبین علاوه بر این نقایص انعقادی اکتسابی شامل حضور آنتی بادی‌های ضد فسفولیپید، آنتی کواگولان لوپوسی و آنتی بادی‌های آنتی کاردیولیپین هستند این عوامل علاوه بر ایجاد ترومبوآمبولی شریانی و وریدی که منجر به آمبولی ریوی و انفارکتوس مغزی می‌شوند موجب افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی زودرس، محدودیت رشد جنین و مرده زایی می‌گردد. زنان دارای سابقه ترومبوآمبولی و ترومبوفیلی ارثی باید مشاوره شوند تا بدانند که افزایش خطر عود در حاملگی بعدی وجود دارد و پیشگیری از بیماری امکان ندارد و در صورت حامله شدن باید هپارین جایگزین وارفارین شود.

بیماری‌های بافت همبند

این بیماری‌ها عبارتند از لوپوس اریتماتوی سیستمیک، آرتریت روماتوئید، اسپوندیلیت آنکیلوزان، سندرم شوگرن و اسکلرودرمی. این اختلالات، بیماری‌های خود ایمنی کلاژن عروقی هستند. آرتریت روماتوئید معمولاً در طول حاملگی بهبود می‌یابد ولی در ۹۰٪ زنان در عرض ۶ ماه پس از زایمان عود می‌کند. لوپوس اختلال وخیم تری است که هم بر مادر هم جنین آثار نامطلوبی را اعمال می‌کند. در اسکلرودرمی، علایم ناشی از پدیده رینود ممکن است در طول حاملگی بهبود یابد اما بازگشت محتویات معده به مری (ریفلاکس ازوفاژیال) ناشی از کم تحرکی، معمولاً تشدید می‌شود.

مشاوره

سیر بالینی به دقت ارزیابی شود. ارزیابی کلیه باید صورت گیرد. درمان‌های دارویی که بطور رایج در بیماری‌های بافت همبند استفاده می‌شود باعث افزایش مخاطرات جنینی نمی‌شود. در موارد شدید از عوامل پر قدرت سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده می‌شود. مهار کننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین، تراوتزن است و باید در حاملگی قطع شود.

اختلالات روانی

حاملگی ممکن است برای هر زنی استرس‌زا باشد. حاملگی خطر عود یا برگشت علائم دیسفوریک را افزایش می‌دهد. برخی از عوامل عود به علت قطع دارو توسط خود فرد تحت تاثیر ترس از مضر بودن برای جنین است و نوسان میزان هورمون‌ها می‌تواند استرس را افزایش دهد.

- مراقبت‌های ناکافی قبل از تولد و سوء مصرف قبلی مواد می‌تواند باعث اختلالات روانی شود.
- اختلالات روانی قبلی خطر افسردگی شدید یا سایکوز پس از زایمان را افزایش می‌دهد.
- زنانی که سابقه افسردگی ماژور یا سندرم قبل از قاعدگی یا سابقه دل‌تنگی‌های بعد از زایمان هستند در معرض افزایش خطر سایکوز قرار دارند.

خطرات مربوط به جنین

اغلب درمان‌های دارویی بیماری‌های روانی باعث ایجاد نقایص عمده تولد یا ناهنجاری‌های تکاملی نمی‌شوند. اگر یکی از والدین، مبتلا به اسکیزوفرنی باشد احتمال ابتلای فرزند ۱۲ درصد و اگر هر دو مبتلا باشند

۴۰ درصد می‌باشد و اگر یکی از دو والد مبتلا به اختلال دو قطبی باشد احتمال ابتلای جنین ۱۵ درصد خواهد بود.

مشاوره

در خانمی که دچار اختلال عمده ذهنی است و می‌خواهد حامله شود باید سیر بیماری ارزیابی شده درمان‌های دارویی و خطرات مربوط به جنین بررسی شود. عوامل مغشوش کننده مثل مصرف الکل سیگار و دارو و مشکلات اجتماعی مد نظر قرار گیرد و در صورت نیاز به دارو، کمترین مقدار موثر باید استفاده شود.

بیماری‌های ژنتیکی

زنانی که زمینه‌های قومی، نژادی و یا سابقه شخصی یا خانوادگی، آن‌ها را در معرض افزایش خطر برخورداری از جنین مبتلا به بیماری ژنتیکی قرار می‌دهد باید تحت مشاوره مناسب قرار گیرند. زنانی که مبتلا به بیماری ژنتیکی هستند معمولاً نیازمند مشاوره اضافی در ارتباط با خطرهای مربوط به خود می‌باشند.

مصون سازی

مشاوره قبل از بارداری شامل بررسی از نظر ایمنی نسبت به پاتوژن‌های شایع است. همچنین بسته به وضعیت سلامت، برنامه‌های مسافرتی، فصلی از سال، ایمن‌سازی‌های دیگری ممکن است لازم شوند. بررسی‌ها شامل ارزیابی مصونیت در برابر کزاز و سرخجه و هپاتیت B است. مصون‌سازی طی حاملگی با توکسوئیدها، باکتری‌ها و ویروس‌های کشته شده برای جنین پیامد نامطلوبی ندارد. ولی تجویز واکسن‌های ویروسی زنده مثل سرخک، سرخجه یا اوریون یا آبله مرغان، فلج اطفال و تب زرد در حاملگی توصیه نمی‌شود. و این واکسن‌ها در حالت ایده‌آل باید ۱ ماه یا بیشتر قبل از تلاش برای بارداری تجویز شود. شایان ذکر است که در زنانی که سهواً این واکسن‌ها را در طول حاملگی دریافت کرده‌اند ضرورتی برای ختم حاملگی وجود ندارد.

تماس تشخیصی با اشعه

شواهدی که نشان دهند تابش اشعه با دوز تشخیصی خطر پیامدهای نامطلوب برای جنین یا کودک را افزایش می‌دهد وجود ندارد.

انرژی الکترومغناطیسی

شواهدی که نشان دهند در انسان‌ها یا حیوانات قرار گرفتن در معرض انواع میدان‌های الکترومغناطیسی مثل خطوط انتقال برق فشار قوی، پتوی برقی، فرهای میکروویو و تلفن‌های همراه باعث ایجاد آثار نامطلوب بر روی جنین می‌شود، وجود ندارند.

منابع

1. Canningham F, Leveno KE, Bloom ST, Hauth JO, Rouse DW, Spong CA. Williams Obstetrics, 24th ed. New York: Mc Graw Hill;2014.
2. Scott JA, Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Danforth's obstetrics and Gynecology, 10st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Essentials of Obstetrics and Gynecology , by : Hacke F. Moore G. 3rd ed.