



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



خلاصه مقالات همایش جنبه های خاص بیماری های مغز و اعصاب در دوران بارداری



رئیس همایش: دکتر احمد علی عنایتی

دبیر علمی همایش: دکتر محمود عابدینی

دبیر اجرایی همایش: دکتر محمد رضا حق شناس



با همکاری:

- مرکز تحقیقات بیولوژی و سلولی مولکولی
- مرکز تحقیقات تالاسمی
- مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری
- مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل
- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی
- مرکز تحقیقات علوم دارویی



اعضای کمیته علمی:

- | | |
|------------|------------|
| ۱. اشرف | زرروانی |
| ۲. محمد | باغبانیان |
| ۳. حامد | چراغ مکانی |
| ۴. نرگس | کریمی |
| ۵. ابراهیم | خوش نما |
| ۶. فروزان | الیاسی |
| ۷. محمود | عابدینی |
| ۸. زلیخا | عطارد |
| ۹. نرگس | مسلمی زاده |



اعضای کمیته اجرایی:

- | |
|------------------|
| ۱- مصطفی عطائی |
| ۲- علیرضا نوپور |
| ۳- تقی غلامی |
| ۴- مجید بخشایش |
| ۵- محمد شیرزاد |
| ۶- شیداله آهنگری |
| ۷- حسین خراسانی |
| ۸- ولی اله احمدی |



سخن دبیر همایش:

پیشرفت هایی که در تمام رشته های علوم پزشکی علل الخصوص علوم اعصاب داشته ایم دیدگاه و نگرش ما را نسبت به تشخیص و درمان بیماریهای مغز اعصاب ، به خصوص در زمان بارداری متحول و دگرگون کرده است . بحث بیماریهای مغز اعصاب و بارداری هم واره یک معضل پیچیده فراروی پزشکان معالج می باشد . قطعاً ، ماهیت اکثر بیماریهای مغز اعصاب در زمان بارداری تغییر خواهد کرد و عکس قضیه همواره صادق خواهد بود . در زمان بارداری علاوه بر درمان بیماری مادران باردار ، لازم است که اثرات دارو و بیماری روی جنین مرتب پیگیری و بررسی گردد. با توجه به موارد ذکر شده و موارد دیگر، فرصتی در اختیار ما قرار گرفت تا بتوانیم در مورد شایع ترین بیماریهای مغز اعصاب در زمان بارداری بحث و تبادل نظر گردد . امید است این نشستها شروعی و پیشگامی به سوی همایشهای پربارتری باشد.

دکتر محمود عابدینی

دبیر همایش جنبه های خاص بیماریهای مغز اعصاب در بارداری



فهرست سخنرانی ها

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده/ نویسندگان	صفحه
۱	جنبه های پزشکی قانونی بارداری و سقط	دکتر ذکریایی	۱
۲	مروری بر کمردرد و درد لگنی در حاملگی	علی اوشیب نتاج	۶
۳	PREGNANCY LOW BACK PAIN AND PELVIC PAIN REVIEW	علی اوشیب نتاج	۸
۴	درمان سردرد های اولیه در دوران بارداری	محمد باغبانیان	۱۳
۵	سردردهای اولیه در دوران بارداری	محمد باغبانیان	۱۵
۶	سردردهای ثانویه در دوران بارداری	محمد باغبانیان	۱۶
۷	Neuro muscular junction در بارداری	ابراهیم خوش نما	۱۹
۸	حاملگی و ضایعات عروقی	کاوه حدادی	۲۰
۹	بیماریهای عضلاری در بارداری	حامد چراغ مکانی	۲۱
۱۰	نوروپاتی اعصاب محیطی اندام تحتانی در دوران بارداری	نوراله رضائی*، مجید ملک زاده شفارودی	۲۳
۱۱	بیماریهای عروقی در بارداری	اشرف زروانی	۲۵
۱۲	Sexual dysfunction in Multiple Sclerosis (MS)	Rahnama Parvin ^{1*} Mohammadi Khadijeh ² Shafiqhe Piri ^۳	۲۶
۱۳	MS و بارداری	محمود عابدینی	۲۷
۱۴	تشنج در بارداری	محمود عابدینی	۲۸
۱۵	اختلالات اکتسابی عصب و ریشه عصب در زمان بارداری	دکتر نرگس کریمی	۳۰
۱۶	پلی نوروپاتی التهابی حاد و مزمن در دوران بارداری	دکتر نرگس کریمی	۳۱
۱۷	افسردگی در طویداری	دکتر فروزان الیاسی	۳۲
۱۸	کمردرد در دوران حاملگی	سید میثم علی محمدی	۳۴



فهرست پوستریها

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده / نویسندگان	صفحه
۱	تاثیر حاملگی بر بیماری ام اس (MS) در زنان باردار	صلاح الدین اسدی	۳۶
۲	ارزیابی سکنه مغزی در طول حاملگی	شیده انوری	۳۷
۳	Migraine during pregnancy & Treatment options	Shideh. Anvari	۳۸
۴	حاملگی و میگرن	سید حمزه حسینی	۳۹
۵	بررسی اثرات اینترفرون بتا، در جنین و نوزادان مادران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس	عاطفه سورتیجی، مریم آرمند	۴۰
۶	بررسی اثرات متقابل بی‌هاری مالتیپل اسکلروزیس (MS) و حاملگی	عاطفه سورتیجی، فرنگیس شریفی	۴۱
۷	راههای کاهش عود بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) در دوران پس از زایمان	عاطفه سورتیجی، فرنگیس شریفی	۴۳
۸	مولتیپل اسکلروزیس و بارداری	فاطمه رافت* - زهرا بستانی خالی	۴۴
۹	بررسی تاثیر حاملگی بر شدت ناتوانایی فیزیکی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) در شهر تهران-۱۳۹۰	خدیدجه محمدی* - دکتر پروین رهنما - شفیقه محمدی تبار	۴۵
۱۰	Predisposing factors in the Restless legs syndrome in pregnancy	Rashidi F ¹ , Parnan A ¹ , Razmjoo N ²	۴۶
۱۱	اضطراب و افسردگی در زنان باردار	دکتر فاطمه دانشور ^۱ ، صدیقه علیخانی ^۲ ، علی احمدزاده امیری ^۳ ، امیر احمدزاده امیری ^۳	۴۷
۱۲	MS, Sexual Dysfunction, FSFI	Abdollahi. Fatemeh	۴۹
۱۳	بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بارداری	فروغ فرض اله پور	۵۱
۱۴	Obstetric regional blocks for women with multiple sclerosis: a survey of UK experience	ابوالفضل فیروزیان	۵۳
۱۵	سندروم کارپال تونل در بارداری	محمود عابدینی	۵۵
۱۶	فلج بلز در زمان بارداری	محمود عابدینی	۵۶
۱۷	بررسی علل سردردهای زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری	سوریا کلامی - سیدحسین منتظر	۵۸
۱۸	Management of epilepsy during pregnancy	Asefi Fariba*, Gholami Darab	۶۰
۱۹	مداخله بر میزان اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سوکور	مهناز عزیزی ^۱ ، می‌نور لمیعیان ^{۲*} ، سقراط فقیه‌زاده ^۳	۶۱
۲۰	Prevalence of and influencing factors for chronic headaches among pregnant women.	ZibaRaisiDehkordi, Atefeh Najafi	۶۳
۲۱	ارتباط آلودگی مادران به توکسوپلازما گوندی ای در طی دوران آبستنی با آسیب‌های مغزی-عصبی در جنین	سیده مانده موسوی	۶۴
۲۲	اثر صرع بر حاملگی	هایده هاشمی زاده	۶۵
۲۳	بررسی نحوه کنترل تشنج در دوران بارداری	*راحله محسنی - آزاده صفا	۶۹
۲۴	بررسی خصوصیات دموگرافیک و رو شهای پیشگیری از بارداری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان اردبیل در سال ۹۰	پریوش دباغ اویسی ^۴ ، دکتر گیتی رحیمی ^۳ ، نازیلا وثوقی ^۲ ، مهناز آذری ^{۱*}	۷۱
۲۵	درمان میگرن در بارداری	دکتر فروزان الیاسی	۷۳
۲۶	سردرد در بارداری: فیزیولوژیک یا پاتولوژیک؟	نحله پرن‌آور*، زهرا یزدانپناهی، سوسن ساعت ساز	۷۴
۲۷	ترومبوزهای عروق مغزی و بارداری	نحله پرن‌آور*، زهرا یزدانپناهی، سوسن ساعت ساز	۷۶
۲۸	گزارش یک مورد آنسفالوپاتی ورنیکه در بارداری	دکتر زلیخا عطارد	۷۸

سخنرانی

جنبه های پزشکی قانونی بارداری و سقط

دکتر ذکریایی متخصص پزشکی قانونی و مسمومیتها

❖ از نظر قانونی اثبات بارداری یک خانم در موارد زیر اهمیت زیادی دارد:

- 1- Rape و تجاوز به عنف
- 2- طلاق
- 3- زمانی که مردی فوت میکند در خصوص تقسیم ارث، حاملگی زن باید مورد توجه قرار گیرد
- 4- احتمال حاملگی زن در غیاب همسر
- 5- اجرای احکام: اجرای حکم در زنان حامله تا بعد از زایمان و گاهی حتی بعد از دوران شیردهی به تعویق می افتد
- 6- فوت یک خانم در اثر تصادف و یا در اثر قتل، جانی علاوه بر مادر، ضامن دیه جنین نیز خواهد بود.
- 7- عدم حضور یک زن باردار در مراحل انتهایی بارداری در دادگاه
- 8- چنانچه زنی ادعا نماید بدنبال استرس یا حادثه ای سقط نموده است و یا بر عکس خود زن متهم به سقط غیرقانونی باشد حاملگی اخیر زن باید اثبات شود.

❖ تعریف سقط جنین از نظر پزشکی قانونی و تقسیم بندی آن:

سقط جنین از نظر پزشکی قانونی چگونه تعریف می شود؟

طبق آمارها حدود ۲۰٪ از حاملگی های تشخیص داده شده سقط می شوند و درصد بیشتری نیز قبل از اینکه بتوان حاملگی را تشخیص داد، به دلیل عدم توانایی تخمک لقاح یافته در جایگزینی در رحم یا از بین رفتن تخمک پس از جایگزینی، سقط می شوند و این مسئله حتی سیکل طبیعی قاعدگی را بهم نمی زند لذا در بیشتر موارد حتی جنین فردی متوجه سقط نمیشود.

برای تعریف سقط نظرات مختلفی وجود دارد بعضی از منابع، ختم حاملگی قبل از ۲۰ هفتگی یا دفع جنین با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم را سقط می نامند.

اما از نظر پزشکی قانونی سقط جنین عبارت است از ختم حاملگی قبل از زمانی که جنین توانایی ادامه حیات خارج از رحم را داشته باشد اگر جنین بعد از این موعد متولد شود، زایمان زودرس محسوب می شود.



شاید جالب باشد بدانید که نوزاد بعد از ۲۸ هفته بدون استفاده از تجهیزات و مراقبت های ویژه پزشکی قابلیت ادامه حیات را در خارج از رحم دارد.

اگر سقط جنین در بسیاری از ادیان الهی امری نامشروع و در اغلب کشورها عملی غیر قانونی محسوب می شود و به همین دلیل مجازات های سنگینی را برای آن در نظر گرفته اند، ولی باز هم شاهد افزایش آمار این عمل غیر اخلاقی در بسیاری از کشورها هستیم. گرچه آمار دقیقی از تعداد سقط های غیر قانونی در دست نیست، اما آمار های غیر رسمی خبر از ابعاد هولناک این فاجعه می دهند. آنچه باعث نگرانی می شود این است که به دلیل غیر قانونی بودن این عمل، اغلب سقط ها در مکان های غیر بهداشتی و توسط افراد غیر متخصص صورت می گیرد که می تواند حیات فرد را به مخاطره بیندازد.

امروز در بسیاری از کشورها، قوانین خاصی برای ختم حاملگی پیش بینی شده و اغلب این نوع سقط ها را سقط درمانی (therapeutic abortion) می نامند در حالی که این واژه همیشه با سقط قانونی مترادف نیست. در برخی کشورها، سقط به صورت آزادانه انجام می شود و هر زنی حق دارد بدون نیاز به اثبات دلایل پزشکی برای انجام سقط اقدام کند، حال آن که چنین سقطی را نمی توان سقط درمانی نامید. و اما در بعضی کشورها و از جمله کشور ما قبل از صدور مجوز سقط، باید وجود بعضی بیماری ها به اثبات برسد.

در سال ۸۲ اندیکاسیون های مادری و جنینی (مانند ژن تالاسمی ماژور در جنین) سقط جنین توسط کمیته سقط جنین سازمان پزشکی قانونی کشور تعیین شده و به تصویب رییس قوه قضاییه رسید. مطابق این دستورالعمل درخواست صدور مجوز سقط درمانی تنها در ادارات کل پزشکی قانونی مراکز استانها و با دستور مقام قضایی یا درخواست زوجین با معرفی نامه پزشک معالج قبل از ۴ ماهگی مورد پذیرش قرار می گیرد. معرفی نامه پزشک باید شامل عکس بیمار، مشخصات شناسنامه ای به جهت احراز هویت، تشخیص بیماری و روش تشخیصی آن باشد. همچنین نتایج آزمایش های پاراکلینیک نیز باید ارائه شود.

اگر سقط به دلیل اندیکاسیون های جنینی توصیه شده باشد باید حداقل 2 نوبت سونوگرافی توسط پزشک صورت گرفته باشد و چنانچه سقط به دلیل اندیکاسیون های مادری باشد، لازم است که علاوه بر یک نوبت سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی، ۲ مشاوره تخصصی در تایید تشخیص بیماری صورت گیرد.

❖ اندیکاسیونهای سقطجنین در بیماریهای مادر

قلب:

۱) هر بیماری دریچه های که به نارسائی قلبی منجر به FUNCTIONAL CLASS ۳ و ۴ رسیده باشد و غیرقابل برگشته ۲ باشد.

۲- هر نوع مسائل حاد قلبی غیر از کرونر که به F.CLASS ۳ و ۴ رسیده باشد از قبیل میوکاردیتو پریکاردیت.



۳- سابقه بیماری کاردیومیوپاتی دیلاته در حاملگیهای قبلی.

۴- سندرم مارفان در صورتی که قطر آئورت صعودی بیش از ۵ سانتیمتر باشد.

۵- آیزن منگر.

گوارش:

۱- کبد چرب حاملگی.

۲- واریسمری 3 EDARG.

۳- سابقه خونریزی از واریس مری بدنبال PORTAL HYPERTENSION.

۴- هیپاتیتاتوایمیون غیرقابل کنترل.

نفرولولوژی:

۱- نارسایی کلیه

۲- فشار خون غیرقابل کنترل با داروهای مجاز در دوران حاملگی

ریه:

هر بیماری ریوی اعم از آمفیزم، فیبروز، کیفواسکولیوز و Bronchiectasis بشرط ایجاد Mild pul.Hypertension حتی از نوع Mild

هماتولوژی:

Hyper Coagulability که تجویز هپارین منجر به تشدید بیماری دیگری گردد که جان مادر را تهدید می کند.

عفونی: ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری AIDS شده باشد

روماتولوژی:

۱ - لوپوس فعال غیر قابل کنترل با درگیری یک ارگان ماژور.

۲ - واسکولیت ها زمانی که ارگان های ماژور درگیر باشند.

جراحی اعصاب:



تمامی توده های فضاگیر CNS با توجه به نوع و محل آن که شروع درمان در جنین و عدم شروع درمان در مادر باعث خطر جانی گردد.

پوست:

پمفیگوس ولگاریس، پسوریازیس شدید و ژنرالیزهو ملانوم نوع پیشرفته که باعث خطر جدی جانی برای مادر شود.

نورولوژی:

۱- اپی لپسی هایی که علیرغم درمان چند دارویی مقاوم به درمان باشد.

۲- M.S هایی که بیمار Disable شده باشد.

۳- میاستنی گراو در مراحل پیشرفته به شرط اینکه خطر جدی جانی برای مادر داشته باشد.

۴- انواعی از بیماریهای موتور نرون مثل ALS که با حاملگی تشدید یابد و برای مادر خطر جدی جانی داشته باشد.

❖ اندیکاسیونهای سقط جنین در بیماریها و ناهنجاری های جنینی که به مرگ جنین داخل رحم یا مرگ نوزاد بلافاصله بعد از تولد میشوند.

جراحی و ارتوپدی:

۱- استئوژنریس ایمپرکتای مادرزادی.

۲- دیسپلازی استخوانی- غضروفی کشنده یا استیپل اپی فیزیال.

۳- بیماری استئوپتروزیس انفاتیل (فرم بد خیم)

نفرولوژی و ارولوژی:

۱- آژنزی دو طرفه کلیه.

۲- کلیه پلی سیستیک نوع مغلوب.

۳- دیسپلازی مولتی سیستیک کلیه ها.

۴- سندرم پوتر.

۵- سندرم نفروتیک مادرزادی به شرط ایجاد هیدروپس.



۶- اختلال کروموزومی که موجب ضایعات پیشرفته و به ویژه گرفتاری مغز و کلیه گردد (مانند سندرم واکترل).

۷- هیدرونفروز شدید دو طرفه کلیه ها.

هماتولوژی:

۱- آلفا تالاسمی (به شکل هیدروپس فتالیس).

۲- اختلال ترومبوتیک مثل کمبود پروتئین C (هموزیگوت) و فاکتور ۵ لیدن (هموزیگوت).

نوزادان:

۱- تریزومی ۱۳

۲- تریزومی ۱۸

۳- تریزومی ۱۶/۸/۳

۴- آنانسفالی.

۵- هیدروپس فتالیس با هر مکانیسم.

۶- سندرم فریاد گربه.

۷- هولوپروز نسفالی.

۸- سیرنگومیلیا.

۹- کرانیوشیسیس.

۱۰- مننگوانسفالوسل، مننگوهیدروانسفالوسل.

۱۱- دیسپلازی تاناتوفوریک یا کوتولگی کشنده نوزادی.

۱۲- سیکلوپیا همراه با هولوپروز نسفالی.

۱۳- ایکتیوزیس گراویس مادرزادی.

۱۴- شیزنسفالی.

۱۵- اگزانسفالی.



مروری بر کمردرد و درد لگنی در حاملگی

دکتر علی اوشیب نتاج متخصص طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان یحیی نژاد دانشگاه علوم پزشکی بابل

شیوع درد کمری- لگنی در حاملگی ۴۹ تا ۷۶ درصد، درد شدید ۲۵٪ و ناتوانی ۸٪ است. بیماران بطور کلی به دو دسته تقسیم میشوند انهایی که کمردرد دارند و انهایی که درد لگنی دارند (درد بین کمرست ایلیاک خلفی و چین گلوئیال بویژه در ناحیه مفصل ساکروایلیاک). درد ممکن است به خلف ران انتشار داشته یا ممکن است همراه با یا بطور جداگانه در سمفیز باشد. ظرفیت استقامتی ایستادن، راه رفتن و نشستن کاهش یافته است. درد کمربند لگنی یک تشخیص نهایی بعد از رد دیگر علل کمری است. ریسک فاکتورها شامل سابقه کمردرد قبلی، کمردرد حاملگی قبلی و کمردرد در طول قاعدگی میباشد. ترومای لگنی ممکن است فرد را مستعد درد لگنی حاملگی بنماید. سابقه استفاده از ضد حاملگی خوراکی، فاصله زمانی از آخرین حاملگی، قد، وزن، سیگار و سن ریسک فاکتور نیستند. ورزشکاران حرفه ای در برابر کمردرد و درد لگنی حاملگی محافظت شده نیستند. کمردرد در هر زمانی از حاملگی می تواند آغاز شود و بطور کلی در هفته ۳۶ به حداکثر رسیده و بعد از آن کاهش میابد و در اکثر بیماران تا سه ماه بعد از زایمان بهبود مییابد. ریسک فاکتورهای تداوم کمردرد بعد از حاملگی شامل داشتن کمردرد و درد لگنی حاملگی، درد در شروع حاملگی، ضعف اکستانسورهای پشتی، بیماران مسن و نارضایتی شغلی. علل مفروض درد لگنی حاملگی شامل افزایش فشار بیومکانیکی یا تاثیرات هورمونی. درد لگنی حاملگی یک شکل ویژه ای از کمردرد است که ممکن است بطور جداگانه یا همراه با کمردرد اتفاق افتد.

علائم رادیکولر بطور شایع در حاملگی دیده میشوند که میتواند بدلیل فشار مستقیم رحم روی ریشه های عصب و شبکه اعصاب کمری و ساکرال ایجاد شود. parietal neuralgia of pregnancy را **Bushnellis** بعنوان فشار مکانیکی روی ریشه های عصب بوسیله لیگامانهای ستون مهره ای با لوردوز در حال افزایش توضیف میکند. با نزول جنین بداخل لگن در اواخر بارداری سمپتوم های رادیکولر مربوط به فشار روی شبکه لومبوساکرال ممکن است تجربه شود. در موارد مقاوم و غیر عادی کمردرد بایستی مواردی مثل بیماری دیسک اختلالات نورولوژیک ونوس ترومبوز و دیگر علل عروقی و احشایی در نظر گرفته شود. MRI و EDX برای تشخیص و درمان مفیدند. در بررسی اینده نگر شیوع واقعی درد سیاتیکی انتشاری درماتومی کمتر از ۱٪ بود. فلج پیشرونده و اختلال کنترل اسفنکتری تشخیص cauda equina syndrome را مطرح نموده که نیازمند بررسی تصویری معمولاً با MRI و جراحی فوری میباشد در هر مرحله ای از حاملگی اگر ضروری باشد ممنوعیتی برای انجام MRI انستزی موضعی یا عمومی و جراحی دیسک وجود ندارد.

احتقان عروقی و کمردرد شبانه: کمر درد در دوران بارداری در شب شایع است پیشنهاد شده است که این درد به علت افزایش جریان وریدی از طریق ورید های کمر، شبکه وریدی مهره ای، ورید های **paraspinal**، وریدهای **azygous** است که در شب در واکنش به توزیع مجدد حجم بزرگ مایع خارج سلولی و وریدی رخ

می دهد که ممکن است با اعمال فشار رحم آبستن در یک بیمار خوابیده به پشت به ورید caval تشدید شود. ادم و افزایش فشار رخ داده، باعث درد میشود.

درمان: درمان با مشاوره بیمار درباره علل شایع کمردرد در بارداری شروع میشود. اطمینان بخشی و تغییرات ساده در سطح فعالیت اغلب میتواند علائم را تا حد قابل تحمل کاهش دهد. طب سوزنی و برنامه ورزشی، ماساژ و استفاده از گرمای سطحی و یخ و تنس ممکن است سودمند باشد.

برای درد خلف لگن با منشأ ساکروایلیاک، دالی و همکارانش درمان موفق در ۱۰ بیمار، از مجموع ۱۱ نفر (۹۱٪) را با استفاده از دستکاری چرخشی مفصل ساکروایلیاک (ROTATIONAL MANIPULATION) نشان دادند. در یک گروه مشابه از زنان مبتلا به درد خلف لگن، Ostgaard و همکاران کاهش درد و مرخصی استعلاجی را با استفاده از کلاس های دوره ای در دوران بارداری که در آن یک توصیف ساده آناتومی، فیزیولوژی، بلند کردن و تکنیک های کار، آموزش عضلانی، و آموزش تمدد اعصاب بود نشان دادند. برخی از تسکین درد توسط اکثر زنان مبتلا به درد لگنی با کمربند nonelastic trochanteric گزارش کردند. برای زنانی که در درجه اول با کمردرد در شب رنج می برند، توماس و همکاران گزارش تسکین علائم و بهبود خواب در ۵۷ از ۹۲ زن را با یک بالشت وج شکلی که برای حمایت شکمی از زن بارداری که طرفی قرار گرفته است نشان دادند. در دوران بارداری حتی داروهای safe میتوانند نتایج غیرقابل انتظاری را سبب شوند. مثل نقصان بسته شدن داکتوس ارتریوسوس و نارسایی کلیوی نوزادی با استفاده از NSAID در انتهای حاملگی. اکثر ضدافسردگی ها برای استفاده در حاملگی تایید نشده اند. برای اکثر ضدتشنج ها مثل گاباپنتین شواهدی از افزایش نواقص مادرزادی در حیوانات وجود دارد که در انسان ها خوب بررسی نشده است. استامینوفن مسکن خط اول درمان کمردرد خفیف است. استفاده از NSAID در حاملگی دارای کنترالرسی است اما استفاده کوتاه مدت از ایبوپروفن یا ناپروکسن در تریمستر اول و دوم SAFE است. برای درمان کمردرد شدید ممکن است به ناکوتیک ها نیاز شود که برای تجویز پرنترال مستلزم بستری شدن در بیمارستان است. دوره کوتاه مدت اوپیوید خوراکی یا تزریقی ریسک اندکی برای جنین دارد و بطور کلی هر دارویی بایستی با مشورت متخصص زنان استفاده شود. تشخیص کمردرد از درد لگنی برای تنظیم فیزیوتراپی و ورزش لازم است.



PREGNANCY LOW BACK PAIN AND PELVIC PAIN REVIEW

دکتر علی اوشیب نتاج متخصص طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان یحیی نژاد دانشگاه علوم پزشکی بابل

Pregnancy lumbopelvic pain prevalence is 49% to 76% and severe pain in 25% with severe disability in 8%. Patients are generally divided into two categories: those with low back pain and those with pelvic girdle pain (defined as pain experienced between the posterior iliac crest and the gluteal fold, particularly in the region of the sacroiliac (SI) joint. The pain may radiate to the posterior thigh and may also occur in conjunction with or separately in the symphysis. Endurance capacity for standing, walking, and sitting is diminished. Pelvic girdle pain is a diagnosis of exclusion after ruling out lumbar causes of pain). Risk factors include a history of previous back pain, previous pregnancy-related BP, and LBP during menses. The single greatest risk factor for developing PPGP is a history of LBP. Pelvic trauma may predispose a patient to PPGP. A history of oral contraceptive use, time interval since last pregnancy, height, weight, smoking, and age are not risk factors. Elite athletes were not protected against LBP/ PPGP compared with controls. LBP can begin at any time during the pregnancy and generally reaches a peak at 36 weeks and decreases after this point and in most patients is substantially improved by 3 months postpartum. Risk factors for persistent back pain after pregnancy include having both LBP and PGP, pain occurring in early pregnancy, weakness of back extensors, older patients, and those with work dissatisfaction. The etiology of PLBP is hypothesized to be due to increased biomechanical strain or to an altered hormonal influence. PGP is a specific form of LBP. It may occur separately or in conjunction with LBP-

Hormonal Considerations; It has been taught that relaxin relaxes connective tissue, and a side effect of this instability may be pelvic pain. Mens and associates in a 2009 meta-analysis concluded that in the last months of pregnancy and in the first month after delivery, motion in the pelvic joints (sacroiliac and symphseal areas) is larger in women with PGP and/or LBP than pelvic joint motion in pain-free controls. This etiology's hypothesis is that the hormonal changes during pregnancy alter the lumbopelvic ligaments, which influences the stability of the lumbosacral spine and makes it more vulnerable to loading. A direct correlation between circulating levels of the hormone relaxin and pelvic and back pain, however, is controversial.

Mechanical Explanations for Back and Pelvic Pain in Pregnancy: Load on the spine is increased by general weight gain and the weight of the uterus, fetus, and breasts. Theories of increasing lumbar lordosis occurring in response to



the more anterior center of mass and increased shear stress across the motion segments of the lumbar spine have long been entertained. The contribution of abdominal musculature to support of the spine may be diminished, and postural adjustments in response to increased loads are required. The biomechanical alterations are due to changes in spine posture related to the anterior movement of the pregnant woman's center of gravity. An argument against purely biomechanical factors as the primary cause, however, is that the back pain often starts before significant weight gain by the mother, and the *incidence does not parallel the weight gain*. Ostgaard and colleagues provided a biomechanical analysis, which demonstrates that the flexion moment caused by the more anterior center of increasing mass of the fetus and uterus can be accommodated by large increases in extensor muscle forces and consequential lumbar spine compression forces. Extension of the upper trunk, head, and neck can partially offset the increase in flexion moment by moving the new center of gravity closer to the spine. Ostgaard and colleagues analyzed biomechanical factors and low back pain in 855 pregnant women and found that lumbar lordosis did not increase during gestation. However, a correlation has been identified between back pain and prepartum lumbar lordosis, suggesting that women with increased lumbar lordosis for any reason prior to pregnancy may be at higher risk for back pain while pregnant. However, in two separate prospective studies, no correlation was found between spinal configuration and complaints of back pain. If lordosis does not increase during pregnancy, then hip joint extension, rather than lumbar spine extension, may be a major mechanism used by pregnant women to cope with the increased flexion moment produced by pregnancy. If so, back pain in pregnancy ought to occur more often in women with intrinsic limitation of hip extension, and women with hip flexion contracture ought to have a greater tendency toward back pain with pregnancy. However, these hypotheses are unproved. Peripheral laxity was seen to significantly increase from weeks 12 through 20 in primiparous women. Laxity in multiparous women was the same at 12 weeks as that in primigravidas at 36 weeks and did not change during pregnancy. The correlation between increased peripheral laxity and increased abdominal sagittal diameter was strong. These data suggest that an increase in laxity after an initial pregnancy does not return to normal. All persons lose stature (total height) with physical exertion. Control individuals and pregnant women without back pain regain stature after exertion faster than pregnant women with symptoms of back pain.



Radicular symptoms are commonly noted in pregnancy. This may be caused by direct pressure of the uterus on nerve roots and lumbar and sacral plexi. Bushnellis credited with describing the “parietal neuralgia of pregnancy” as mechanical pressure on nerve roots by ligamentous structures of an increasingly lordotic spine. With descent of the fetus into the pelvis in late pregnancy, radicular symptoms attributed to pressure on the lumbosacral plexus may be experienced. Lumbar disk disease, urologic disorders, venous thrombosis, or other vascular or visceral causes for back pain must be considered in refractory or atypical cases. MRI, as well as electromyographic studies, may be helpful in diagnosis and management. A careful, prospective study estimated the prevalence of “true” sciatica, radiation of the pain in a dermatomal distribution to be less than 1% (Ostgaard et al., 1991). Progressive paralysis or loss of bowel and bladder control secures the diagnosis of cauda equina syndrome, and this requires urgent imaging studies, usually with MRI, and urgent surgical decompression. Pregnancy at any stage is not a contraindication to undergoing an MRI, regional or general anesthesia, and surgical diskectomy, if necessary.

Vascular Congestion and Night Backache: Back pain in pregnancy is common in the evening. It has been proposed that this pain is due to increased venous flow through lumbar veins, the vertebral venous plexus, paraspinal veins, and azygous veins that occurs at night in response to redistribution of an already large extracellular and venous fluid volume. This may be worsened owing to mechanical vena caval compression by the gravid uterus in a supine patient. Edema and increased pressure occur, which causes pain.

Treatment: Treatment begins with counseling the patient about the common causes of back pain during pregnancy. Reassurance and simple changes in the patient's activity level will often suffice to reduce symptoms to a tolerable level. If pain remains poorly controlled, referral to a physician for evaluation and instruction in body mechanics and low back exercises may be beneficial. Acupuncture also reduces pain, and may be more efficacious compared with group physiotherapy. Aquatic exercise programs can be particularly helpful to the parturient and offer the added benefit of reducing the effects of gravity on the mother's musculoskeletal system. Water gymnastics appear to decrease the number of workdays missed for pregnancy-associated back pain. Massage and the surface application of heat or ice may also be useful. Although rigorous clinical trials are lacking, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) appears to produce clinically meaningful pain relief for various painful disorders in which pain has a limited distribution. The safety of TENS use



during pregnancy has not been closely examined; however, the stimulation parameters used in conventional TENS units are likely to produce only localized currents in biologic tissues. Limited data suggest that TENS is safe for use during pregnancy—and may be useful in patients with pain in a limited distribution.

For posterior pelvic pain of sacroiliac origin, Daly and colleagues—have described successful treatment of in 10 of 11 women (91%) using rotational manipulation of the sacroiliac joint. In a similar group of women with posterior pelvic pain, Ostgaard and coworkers² have demonstrated a reduction in pain and sick leave using periodic classes during pregnancy in which one described simple anatomy, posture physiology, lifting and working techniques, muscle training, and relaxation training. Some pain relief was reported by the majority of women with PPP who used a nonelastic trochanteric belt in the same study¹. For women who suffer primarily with back pain at night, Thomas and associates^[131] have reported relief of symptoms and improved sleep in 57 of 92 women using a wedge-shaped pillow designed to support the abdomen of a pregnant woman lying on her side.

Even medications generally thought of as safe and well tolerated can have unexpected consequences during pregnancy. For example, the use of NSAIDs in late pregnancy can cause premature closure of the ductus arteriosus and neonatal renal failure. Most antidepressants have not been approved for use during pregnancy, and for most antiseizure medications, such as gabapentin, there is evidence for increased incidence of birth defects in animals, and they have not been well studied in humans. Acetaminophen is the first analgesic to consider for management of minor back pain. While NSAIDs are the cornerstone of the pharmacologic management of back pain in nonpregnant individuals, their use during pregnancy remains controversial. Short-term use of ibuprofen or naproxen appears to be safe during the first and second trimesters. Severe back pain may require treatment with narcotics and necessitate hospital admission for parenteral administration of opioid analgesics Progressive ambulation over several days using the assistance and instruction of a skilled physical therapist is usually successful. Short courses of oral or parenteral opioids appear to add little risk to the fetus. It is important to distinguish LBP from posterior pelvic joint pain to optimize physical therapy and exercise recommendations. *Individualized physical therapy, water aerobics, acupuncture, and massage therapy can be recommended to decrease pain. Instruction on a home exercise program, use of a sacroiliac belt, and back school have not been shown to significantly decrease pain intensity. No data*



support the use of lumbar–abdominal orthoses that are designed to support the pregnant woman’s abdomen. In general, any medication use should be discussed with the patient’s obstetrician.

درمان سردرد های اولیه در دوران بارداری

دکتر محمد باغبانیان - متخصص مغز و اعصاب- ساری، بیمارستان بو علی

درمانهای غیرفارماکولوژیک سردرد در دوران بارداری:

بعلت آنکه از سلامت جنینی اکثر داروها اطلاع درستی در دسترس نیست این روشهای درمانی طرفداران زیادی دارد. جالب اینکه اکثر حملات حاد میگرنی در این دوران با استراحت کافی حمایت خانوادگی اطمینان دهی به به بیمار و نیز کیسه های یخ بهبود میابد. در خصوص نقش سایر روشها همچون هیپنوزیس طب سوزنی و تحریکات الکتریکی جلدی مانیپولاسیون سرویکال و اصلاح اکلوژن دندان و یا اکسیژن پرفشار اطلاعات مبتنی بر مدارک مستند در دسترس نیست. اگرچه لازم است اشاره کنیم که طب گیاهی در حقیقت فارماکولوژیک و دارویی است. ۵٪ این داروها اصولا در بارداری ممنوع بوده و از سلامت مابقی آن هم اطلاعی در دست نیست. یک استثنا منیزیم و ریبوفلاوین خوراکی است. منیزیم خوراکی برای پروفیلاکسی میگرن در بارداری تأیید شده است و نشان داده شده است که ریبوفلاوین (ویتامین ب ۲) فرکانس حملات میگرن را کاهش میدهد.

درمان فارماکولوژیک سردرد در دوران بارداری:

زمانیکه سردردها شدید ناتوان کننده بوده و با تهوع و استفراغ توام باشد و احتمال دهیدراتاسیون وجود داشته باشد تصمیم به دارو درمانی عاقلانه به نظر میرسد. بهر حال فواید درمان فارماکولوژیک باید بر مضرات آن بچربد. از سویی عدم شروع بموقع درمان ممکن است با فقر تغذیه ایی دهیدراتاسیون افسردگی افزایش احتمال سایر اختلالات همراه همچون سرع و پرفشاری خون اعتیاد به اپیوئیدها و داروهای ضد درد معمولی همراه باشد.

در حال حاضر مطمئن و بی خطرترین دارو در زمان بارداری و زمان پارتوم برای کنترل حملات سردرد استامینوفن است گرچه اپرات گذرایی بر جنین و عملکرد پلاکتی دارد. لازم است از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی پرهیز شود عوارض این داروها همچون بسته شدن زودهنگام دوکتوس ارتیوزوس اختلال در روند لانه گزینی و هیپرتانسیون شریان ریوی جنینی آنقدر چشمگیر است که استفاده از این داروها را در سه ماهه اول بارداری ممنوع کرده است گرچه در دوران شیردهی منعی ندارند. اولین اقدام در مادری با سردرد شدید همراه با تهوع و استفراغ شروع مایع درمانی و تجویز ضد استفراغهای موثر است. اپیوئیدها در حملات حاد قابل استفاده است ولی مصرف مزمن آنها می تواند موجب وابستگی دارویی در نوزاد شود. فنوتیازینهای سداتیو همچون کلرپرومازین و متوکلوپرامید قابل استفاده میباشند. دگزامتازون در حملات طولانی و شدید میتواند سیکل معیوب سردرد را بشکند ولی لازم است از بابیتوراتها و بنزودیازپینها بعلت خطرات وابستگی و سندرم قطع در نوزاد پرهیز شود. ترکیبات ارگو شامل ارگوتامینها بعلت اثرات اکسیتوسیک و تراوتونیک و افزایش تون رحم و کاهش جریان خون جفت و خطر سقط خودبخودی ممنوع میباشند. اگرچه اطلاعات بدست آمده از تریپتانها اندک است ولی استفاده از آنها بعلت خطر تهوع تب پرفشاری خون پری اکلامپسی آئمی کمبود فولات و خونریزی واژینال ناشی از آتونی رحم در زمان زایمان توصیه نشده است.



اگر بیمار میگرنی ۳ تا ۴ حمله شدید در ماه داشته باشد کاندید درمان پیشگیرانه است ولی هیچیک از درمانهای پروفیلاکتیک میگرن در دوران بارداری توصیه نشده اند. پروپرانولول که بیشترین کاربرد پروفیلاکتیک را دارد موجب وقفه رشد داخل رحمی هیپوگلیسمی و برادیکاردی و دپرفیوژن تنفسی در جنین می شود. ترکیبات ضد افسردگی سه حلقه ایی همگی در گروه دی میباشند گرچه در دوران شیردهی منعی ندارند. داروهای ضد تشنج همچون توپیرامات گاباپنتین و والپروئیک اسید در گروه دی و سی بوده ممنوع می باشند.

سردردهای اولیه در دوران بارداری

دکتر محمد باغبانیان - متخصص مغز و اعصاب - ساری، بیمارستان بو علی

مقدمه: سردرد یک شکایت شایع در زنان سنین باروری است. در سالهای گذشته به خانمهای مبتلا به میگرن توصیه می شد بعزت عدم امکان مصرف دارو در دوران بارداری بهتر است باردار نشوند. در حالیکه امروزه میدانیم بیشتر بیماران مبتلا به میگرن حملات کمتری را در دوران بارداری تجربه می کنند. بهر حال مدیریت سردرد در دوران بارداری برای مادر پزشک و سیستمهای مراقبتهای دوران بارداری می تواند چالش برانگیز باشد. نزدیک به ۸۰٪ خانمهای دوران باروری سردرد را تجربه میکنند.

میگرن در دوران بارداری: در بررسی های انجام شده شایعترین سردرد اولیه در دوران بارداری میگرن بدون اورا بوده است که تشخیص آن مستلزم حداقل ۵ حمله سردرد است که بین ۴ تا ۷۲ ساعت طول کشیده حداقل ۲ ویژگی از ویژگیهای سردرد یکطرفه ضرباندار با شدت متوسط مانع از فعالیتهای روزانه را دارا می باشد. در بین حملات ممکن است با تهوع استفراغ فوتوفوبی و فونوفوبی همراه باشد. سطح بالای استروژن در دوران بارداری یک عامل حمایت کننده در برابر وقوع سردرد حاد میگرنی جدید است و به همین علت دوران پست پارتوم می تواند با عود سردردها توأم باشد. جالب توجه اینکه عود سردرد در مادرانیکه شیر میدهند کمتر است چراکه شیردهی مانع از افت ناگهانی سطح سرمی استروژن شده و از سوی دیگر هورمونهای اکسی توسین و وازوپرسین اثرات ضد درد دارند. از سوی دیگر میگرن اثر مستقیمی بر سیر بارداری ندارد. احتمال آنومالی های مادرزادی و سقط و وزن کم زمان تولد در بیماران میگرنی تفاوتی با جامعه عمومی ندارد. اگرچه افزایش ریسک فشار خون زمان بارداری و اکلامپسی و نیز خطرات کاردیو واسکولار در بیماران میگرنی گزارش شده است.

سردرد تنشی در دوران بارداری: سردرد تنشی شایع تری سردرد در ایالات متحده است. سردردی دو طرفه غیر ضربانی با شدت خفیف تا متوسط که مانع فعالیتهای روزانه نشده با تهوع و استفراغ توأم نیست اگرچه فوتوفوبی یا فونوفوبی رد کننده آن نیست. اگر کمتر از یک روز دز ماه باشد غیر شایع اپیزودیک (۶۳.۵٪) اگر بین ۱-۱۴ روز طول بکشد شایع اپیزودیک (۲۱.۶٪) و اگر ۱۵ روز یا بیشتر طول بکشد فرم مزمن (۰.۹٪) نامیده میشود. فرم غیر شایع اپیزودیک از بقیه شایعتر است. در خانمها اندکی شایعتر از آقایان است سن شروع اغلب بین ۲۰ تا ۳۰ سال و پیک شیوع آن در هر دو جنس ۳۰ تا ۳۹ سال است. از آنجائیکه این نوع سردرد از تغییرات هورمونی متاثر نیست با احتمال کمتری (۲۸٪) در مقایسه با میگرن (۴۸٪) در دوران بارداری بهبود میابد.

سردرد کلاستر در دوران بارداری: شیوع آن در خانمهای سنین باروری ۷.۵٪ بازای هر صد هزار نفر می باشد. در مردان ۷.۵ تا ۲.۵ برابر شایعتر از زنان است. ارتباط نزدیکی بین آن و کشیدن سیگار نوشیدن الکل و آپنه خواب وجود دارد و این عوامل پیش آگهی بارداری را متاثر می کنند.



سردردهای ثانویه در دوران بارداری

دکتر محمد باغبانیان متخصص مغز و اعصاب- ساری، بیمارستان بو علی

گرچه اکثریت سردردهای دوران بارداری سردردهای اولیه میباشند ولی سردردهای ثانویه را نباید از نظر دور داشت. این سردردها علت دیگری داشته و براین اساس طبقه بندی می شوند. هرگونه تغییر در طرح سردرد یک خانم باردار نیازمند توجه ویژه است. تغییر در فرکانس شدت طول دوره درد کیفیت درد از اهمیت خاص برخوردار است.

این سردردها میتواند ناشی از تروما به سر ترومبوز سینوسهای مغزی افزایش فشار داخل مغز خونریزی ساب آراکنوئید انواع واسکولیت دهیدراتاسیون تومورهای مغزی هیپوتانسیون مغزی مننژیت انسفالیت سینوزیت نورالژی های کرانیال و یا اپوپلکسی هیپوفیز باشد.

در برخورد با سردردهای دوران بارداری توجه به نکاتی همچون تغییر سطح هوشیاری علائم نورولوژیک فوکال ادم پایی و تشنج حائز اهمیت است.

بیوشیمی پروفایل انعقادی آنالیز ادراری تستهای عملکرد کبدی و شمارش کامل گلبولهای خون بررسی های روتین لازم می باشند. در صورت استفاده از یک پوشش سربی مناسب مجاورت جنین به کمتر از ۰.۰۱ میکرو گری می رسد که بسیار کمتر از آنی است که موجب آسیب جنینی شود و سی تی اسکن در موارد اورژانس همچون رد خونریزی های مغزی کاربرد مناسبی دارد.

ام آر ای بدون تزریق یک روش انتخابی در کل دوران بارداری است و در شرایطی همچون ادم و عفونتها و نیز در تشخیص اپوپلکسی هیپوفیز و ترومبوس سینوسهای مغزی و کوریوکاریسینوم متاستاتیک کمک شایان توجهی خواهد کرد سایر مزایای آن ام آر ونوگرافی و ام آر انژیوگرافی بدون کنتراست برای تشخیص اتروونوس مالفورماسیون و انوریسم و ترومبوز سینوسهای مغزی است. گرچه گادولینیوم حساسیت و اختصاصیت را افزایش می دهد ولی بعلت عبور از جفت با وجود عدم اثبات تراژوژنسیستی استفاده از آن توصیه نمی شود. بهر حال انجام ام آر ای در سه ماهه اول بارداری محدود بوده و نیاز به اندیکاسیون مطلق تشخیصی دارد.

پونکسیون لومبار در دوران بارداری قابل انجام است و تفسیر آن با شرایط غیر بارداری تفاوتی نمی کند بهر حال قبل از انجام آن لازم است ضایعات فضاگیر مغز با یک تصویرنگاری مطمئن رد شود. در شرائط تب علائم تحریک مننژ لکوسیتوزیس تغییرات سطح هوشیاری عفونتها را رد یا اثبات می کند. در مواقعیکه بیمار شدیدترین سردرد دوران زندگی اش را تجربه میکند به تشخیص خونریزی سابآراکنوئید کمک میکند و در شرایط ادم پایی بدون علائم فوکال نورولوژیک و تصویرنگاری منفی پونکسیون لومبار میتواند افزایش فشار اینتراکرانیال را رد کند.

سردرد در زمینه انسفالوپاتی اکلامپسی: یکی از تظاهرات شایع یک پره اکلامپسی شدید و پیش بینی کننده اکلامپسی سردرد است. سردردی شدید و مداوم و منتشر که با اسکوتوم بینایی تاری دید دوبینی فوتوفوبی و همی انویپی توام میشود. بهر حال در این سندرم علائم فوکال نورولوژیک نداریم لذا وجود ان علل دیگری را مطرح میکند. شایعترین تظاهر ان در ام آر ای یک هیپراینتنسیتی دو طرفه بخشهای پوستریور سربرال با

سلامت نواحی کالکارین و پارامدیان لوب اکسیپیتال است نواحی پوسترئور فرونتال هم ممکن است درگیر شود.

سردرد در زمینه استروکهای ایسکمیک: شیوع استروک در دوران بارداری از ۵ تا ۶۷ بازای هر صد هزار نفر متغیر است. ریسک استروکهای هموراژیک و ایسکمیک به یک میزان است. استروکهای ایسکمیک بیشتر در سه ماهه سوم و استروکهای وریدی در دوران پره پارئوم رخ می دهد. بهر حال ریسک استروک های ایسکمیک و هموراژیک طی ۲ روز قبل از زایمان و روز اول پس از آن بیشترین است. ۷ تا ۶۵٪ استروکهای ایسکمیک با سردرد همراه است. هرچه سن بیمار مبتلا پایینتر باشد احتمال سردرد همزمان بیشتر است. سردرد ناشی از استروک در بیماران با سابقه میگرن بیشتر است. استروکهای مخچه ایی نیز با احتمال بیشتری موجب سردرد میشوند.

سردرد در زمینه خونریزی سابآراکنوئید: سردردی است با حداکثر شدت که بیمار تاکنون با این شدت تجربه نکرده است. در بیمارانیکه انوریسم ساکولار یا مالفورماسیون عروقی دارند لازم است از یک زایمان دردناک پرهیز شود. اناستزی اپی دورال طی زلیمان طبیعی و یا سزارین انتخابی می تواند کمک کننده باشد.

سردرد در زمینه ترومبوز سینوسهای وریدی: سردرد شایعترین تظاهر ترومبوز سینوسهای وریدی است. در بیش از ۹۰٪ مبتلایان وجود دارد و میتواند تنهاترین علامت باشد. سردردی منتشر بدترشونده که با ادم پایی تهوع و استفراغ همراه است و ممکن است با اختلال سطح هوشیاری علائم نورولوژیک فوکال و تشنج توام شود. ریسک آن در دوران پست پارتوم بیشتر است و همینطور طی بارداری.

انجام سزارین سن بیش از ۲۵ سال می تواند ریسک وقوع آن را افزایش دهد. شایعترین اختلال سربرواسکولار طی ۲ روز قبل از زایمان و یک روز پس از آن ترومبوز سینوسهای وریدی مغز است. امار ونوگرافی روش انتخابی تشخیص آنست. درمان آن شروع انتی کواگولانت وریدی بصورت هپارین با دوز بالاست که پس از آن باید به فرم خوراکی تبدیل شود.

سردرد ناشی از اپوپلکسی هیپوفیز: اپوپلکسی هیپوفیز یک سندروم نادر ولی تهدید کننده حیات ناشی از ایسکمسی یا هموراژی غده هیپوفیز است که شایعترین نشانه آن سردردی است که به مسکن ها پاسخ نمی دهد. این سردرد میتواند رترواربیتال بای فرونتال ساب اکسیپیتال یکطرفه یا جنرالیزه باشد و اغلب با تاری دید تهوع استفراغ اختلال هوشیاری و اشکال عملکرد غده هیپوفیز همراه است.

سردرد ناشی از افزایش فشار داخل مغز: این بیماری از هفته ۱۴ بارداری شروع و تا زمان زایمان و حتی پس از آن تداوم میابد. این بیماران خانمهای چاقی هستند که در دوران بارداری افزایش وزن زیادی داشته اند. دچار سردرد شدید روزانه ایی میشوند که موقع برخاستن از خواب بیشتر است ضرباندار است و برای چند ساعت طول می کشد گاه با تاری دید ناگهانی و حتی کوری گذرا توام می شود و گاه دوبینی دارند. نکته مهم در معاینه این بیماران ادم دیسک اپتیک است که گاه با محدودیت حرکات هر دو چشم به خارج توام می شود. تصویربرداری اکثرا نرمال ولی پونکسیون لومبار فشار بالای اینتراکرانیاال را تایید می کند ولی بیوشیمی و پروتئین مایع مغزی نخاعی نرمال است گرچه پروتئین ممکن است اندکی پائین باشد.



ختم بارداری در اکثر این بیماران لزومی ندارد جنین از این بیماری متاثر نخواهد شد. کاهش وزن خط اول درمان استاستامینوفن داروی انتخابی ضد درد می باشد. کاربرد استازولاماید در این دوران مورد اتفاق نظر نیست اگرچه گفته میشود کاربرد آن پس از ۲۰ هفتهگی و در دوز ۱۰۰۰ میلی گرم در روز تاکنون عارضه جنینی قابل گزارشی نداشته است. در صورت وقوع اختلال دید کورتون تراپی ۲ هفته ای توصیه شده است. این بیماری منعی برای زایمان طبیعی نیست. انسستزی اپیدورال با کاهش فشار داخل مغز در زمان زایمان از افزایش دراماتیک فشار داخل مغز پیشگیری می کند.

سردرد ناشی از فشار پایین اینتراکرنیال: سردردی پوزیشنال که در حالت نشسته یا ایستاده ایجاد با دراز کشیدن بهبود میابد. معمولاً دو طرفه و فرونتواکسیپیتال بوده ممکن است ضربان دار باشد گاه با سفتی گردن تهوع دو بینی و تغییر شنوایی تری دید فوتوفوبی درد رادیکولار اندام فوقانی اختلال دید بای نازال فوقانی یا گلاکتوره توام است.

درمان کانزرواتیو و شامل استراحت در بستر هیدراتاسیون برای چند هفته می باشد. استفاده از کافئین تیوفیلین و استروئیدها گاه توصیه می شود. اگر درمانهای فوق بی اثر بود استفاده از پاتچ خونی بیمار میتواند کمک کننده باشد.

سردرد ناشی از تومورهای مغزی: اغلب با تهوع و استفراغ همراه است بتدریج افزایش میابد تمایل به شروع در ابتدای بارداری و بهبودی اندک بعدی دارد. وقوع تشنج همزمان شک به آن را افزایش می دهد اگرچه اکلامپسی یک علت شایعتر برای این همزمانی است. در ضمن تشنجهای تومورال فوکال شروع میشوند در حالیکه تشنجهای اکلامپسی جنرالیزه اند. انسیدانس آن ۱۵ در هر صد هزار نفر است. مننژیوم شوانوم و تومورهای هیپوفیزی در صدر علل واقع اند.

گرچه تفاوتی بین خانم های باردار و غیر باردار در خصوص تومورهای متاستاتیک وجود ندارد ولی کوریوکارسینوم یک استثنا است. کوریوکارسینوم خیلی زود به مغز متاستاز می دهد بنوعی که ۲۰٪ بیماران در زمان تشخیص دچار متاستاز مغزی اند ممکن است حتی در زمینه یک بارداری نرمال نیز رخ دهد. با سردرد تشنج خونریزی های اینتراکرنیال انفارکتهای مغزی و اختلالات نورولوژیک فوکال و پیشرونده تظاهر میکند.

Neuro muscular junction در بارداری

دکتر ابراهیم خوش نما- متخصص مغز و اعصاب- ساری، بیمارستان بوعلی

میاستنی گراویس که بطور خلاصه میاستنی خوانده می شود یک بیماری ایجاد کننده ضعف مواج در برخی عضلات ارادی می باشد. عضلات درگیر خصوصاً آنهائی هستند که از هسته های تنه مغز عصب گیری می شوند (شامل عضلات ماضغه، عضلات چشمی فاسیال و زبان) ضعف در حین فعالیت مداوم عضلات درگیر تظاهر می نماید و با استراحت بهبود می یابد.

در زمان بارداری بیماری می تواند بهبود یافته، تشدید شود و یا بدون تغییر، تشدید شود و یا بدون تغییر بماند. داروهای (CHEIS) منع کننده کولین استراز خوراکی در دوران حاملگی خط اول می باشند. استفاده از داروهای دیگر مانند پردنیزون و ایمونو ساپرسیو نیز در بیماران میاستنی در بارداری توصیه می شود. سزارین باتوجه به اندیکاسیون های مامائی در بیماران میاستنی مفید است ملاحظیات بیهوشی و داروهای مورد استفاده در زمان مبتلا به میاستنی مورد بحث قرار خواهد گرفت.



حاملگی و ضایعات عروقی

دکتر کاوه حدادی - جراح مغز و اعصاب و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

اختلالات عروقی مغز CVD در خلال حاملگی و پورپوریوم نا شایع است ولی می تواند برای مادر و جنین ویرانگر باشد.

CVD بروز تقریبی ۳٪ تا ۹ در هر ۱۰۰۰۰۰۰ زایمان دارد ولی بیش از ۱۲ تا ۸۰٪ مرگ و میر مادران باردار را باعث می شود. شایعترین حادثه عروقی در زن باردار SAH است و AVM و ICH ناشی از افزایش فشار خون و ترومبوز وریدی و بیماری مویا مویا و مالفورماسیون کاورنو سایر ضایعات را شامل میشوند. تغییرات فیزیولوژیک در خلال بارداری مثل افزایش حجم خون وانمی وافزایش خون رحم و افزایش جریان خون مغزی و افزایش انعقادپذیری مشکلات منحصر به فردی در برخورد با زن باردار با ضایعات عروقی فراهم می سازند.

با افزایش تکنیکهای تصویربرداری و متدهای اندوواسکولار و جراحی راههای مواجهه با این بیماران بهبودی لپوزی یافته است.

نخستین راه برای مقابله با میگرن در دوران حاملگی شامل پرهیز از عوامل شروع کننده مانند غذاهای خاصی برنامه غذایی مختصر و منظم نوشیدن آب فراوان استراحت کافی ، یادگیری بیوفیزیک و تن آرامی هر وقتی درد شروع شد از کیسه یخ، ماساژ، استراحت در محیط آرام و اتاق تاریک استفاده شود. درمان دارویی برای کنترل درد، استامینوفن ، بی ضررترین می باشد.

برای پیشگیری از میگرن در زمان حاملگی از ضد افسردگی ها مانند آمی تریپتیلین و فلوکسیتین از بتابلاکرمانند پروپرانولول و آتنولول که نسبتاً بی ضرر می باشند استفاده کرد.

بیماریهای عضلانی در بارداری

دکتر حامد چراغ مکانی، متخصص مغز اعصاب و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بارداری رویدادی است که در کنار رشد جنین در داخل رحم ممکن است تغییراتی در سیر بیماری زمینه ایی مادر ایجاد کند که این مسئله در بعضی از بیماری های نورولوژیک از جمله بیماریهای عضلانی نیز صدق میکند. بیماریهای عضلانی مادر از این نقطه نظر اهمیت بیشتری دارند که در سیر زایمان مادر نیز نقش به سزایی دارند و می توانند در صورت عدم درمان صحیح مشکلات شدیدی را برای مادر و جنین ایجاد کنند. در مجموع بیماریهای عضلانی در انسان به ۴ دسته تقسیم می شوند که شامل میوپاتی های التهابی اتو ایمیون، میوپاتی های ارثی، اختلالات کانالی عضلانی و متابولیک میو پاتی می باشد.

درماتومیوزیت و پلی میوزیت دو بیماری اصلی گروه میوپاتی های اتوایمیون می باشند. اگر چه بارداری منجر به شعله ور شدن این دو بیماری می شود ولی عواقب کشنده و خطر ناک برای مادر به ندرت اتفاق می افتد. که آن هم بسته به میزان فعالیت بیماری و سن شروع بیماری دارد. پر دنیزون به عنوان داروی خط اول و IVlg به عنوان داروی خط دوم در این بیماران توصیه می شود. این دو بیماری معمولاً بر انقباضات رحم تأثیری ندارد ولی در موارد ضعف عمومی عضلات استفاده از فور سپس و واکوئوم توصیه می شود. در دسته میوپاتی های ارثی دیستروفی های عضلانی (دوشن دیستروفی، دیستروفی میوتونی و فاسیو اسکاپولوهومورال دیستروفی ولیمب گئیدل) قرار می گیرد. در مورد دوشن که خانمها در حد ناقل بیماری هستند و تظاهر بریچ حدود ۵ برابر در این افراد بیشتر است. دیستروفی میوتونیک شایعترین دیستروفی در بیماران باردار می باشد بارداری ممکن است منجر به تشدید ضعف در بیماران نوع ۱ و ۲ این بیماری شود. در مجموع بارداری در این بیماران پر خطر در نظر گرفته می شود. حدود ۱۳-۱۱٪ این بیماران دچار سقط زودرس می شوند. احتمال بارداری نابجا و خونریزی بعد از زایمان نیز در این بیماری شایعتر است. حدود ۵۰٪ بارداری ها در این بیماران به مرحله نهایی می رسند. حدود ۳۰٪ بیماران نوع ۱ به علت زایمان مشکل دار تحت عمل سزارین قرار می گیرند. در این بیماران استفاده از بلوکر های دپولایزان عصبی عضلانی ممنوع می باشد.

FSHD نوع دیگر از دیستروفی های عضلانی نیز ممکن است دچار تشدید ضعف خود در حین بارداری شوند که ممکن است برگشت ناپذیر باشد. در مجموع نتیجه بارداری در این بیماران مناسب می باشد. فاز دوم زایمان در این بیماران میتواند غیر طبیعی شده و منجر به عمل سزارین شود. بیماری بعدی این گروه لیمب گیردل می باشد که ممکن است در طی بارداری دچار تشدید ضعف شود که در دسته ای از آنها غیر قابل برگشت می باشد. در انواع شدیدتر این بیماران احتمال استفاده از سزارین به دلیل ضعف شدید عضلات لگن و تنه افزایش می یابد. در انواع با درگیری عضلات تنفسی و کیفواسکولئوز سزارین انتخابی انجام می شود. استفاده از نور آگزیال آنستزی بر نوع عمومی ترجیح داده می شود.

دسته دیگر بیماران عضلانی اختلالات کانالی می باشد که شامل میوتونی مادرزادی، فلج دوره ایی هیپر وهیپوکالمیک، پارامیوتونی مادر زادی وهیپر ترمی بدخیم می باشد. در میوتونی مادر زادی در طی بارداری ممکن است تشدید علائم و یا شروع تظاهرات بیماری رخ دهد که بیشتر ناشی از تغییرات هورمونی و اثرات



آنها بر روی کانالهای سلولهای عضلانی می باشد. این بیماران از سرما و درد شدید باید پرهیز کنند. بعضی از متخصصین سزارین انتخابی را برای این بیماران توصیه میکنند و استفاده از بلوکرهای دیپولاریزان در این بیماران ممنوع می باشد. در انواع فلج دوره ای هیپر کالمیک و پارامیوتونی نیز استفاده از این داروها ممنوع می باشد. و بیماران باید از سرما پرهیز کنند. سطح سرمی پتاسیم در طی زایمان باید مرتبا اندازه گیری شود.

در نوع فلج دوره ای هیپوکالمیک تا حد امکان نباید از سرم های حاوی گلوکز استفاده شود و تا حد امکان از بیهوشی عمومی خودداری شود و استفاده از اپی دورال آنستزی توصیه می گردد. در هیپر ترمی بد خیم نیز استفاده از بلوکرهای دیپولاریزان و داروهای بیهوشی به شکل گاز باید خودداری شود. فرم دیگر میو پاتی ها انواع متابولیک می باشد. که خود به سه دسته اصلی اختلال اسید های چرب، ذخیره گلیکوژن و اختلالات میتوکندری تقسیم می شود. در انواع اختلالات اسیدهای چرب مثل کمبود کارنیتین احتمال هیپوگلیسمی و رابدو میولیز در طی زایمان وجود دارد که تجویز مداوم گلوکز مانع از این مشکلات می شود در بعضی از این بیماران سزارین توصیه میشود. در انواع اختلال ذخیره گلیکوژن مثل مک آردل نیز تجویز مداوم گلوکز توصیه می شود. در انواع اختلال میتوکندریال نیز استفاده از ونتیلاسیون با فشار مثبت و سزارین انتخابی کمک کننده است.

نوروپاتی اعصاب محیطی اندام تحتانی در دوران بارداری

نویسندگان: دکتر نوراله رضائی*، دکتر مجید ملک زاده سفارودی

*-دانشیار علوم تشریح-گروه آموزشی علوم تشریح، دانشکده پزشکی ساری، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم

(ص)، آدرس ایمیل نویسنده اول: nourrezaei@gmail.com

چکیده (tcartsbA)

سابقه و هدف: ادم بافت نرم در زمان بارداری تقریباً در ۸۰ درصد خانم های باردار گزارش شده است که مقدار آن در ۸ هفته آخر بارداری قابل توجه می باشد. بعلاوه بارداری می تواند موجب تغییرات فیزیولوژیک فراوان در ارگان های مختلف از جمله عضلات سبب التهاب غلاف سینوویال تاندون (تنوسینوویت) و نیز سیستم اعصاب محیطی سبب گیر افتادن عصب (نوروپاتی) شود. با توجه با اینکه اعصاب اندام های تحتانی در مسیر شان به اندام ها از دیواره لگن و یا از نقاط حساس آناتومیکی عبور می کنند احتمالاً می توانند در زمان بارداری و یا زایمان تحت فشار و یا کشش قرار گیرند و دچار نوروپاتی شوند. لذا با توجه به اهمیت این اعصاب، هدف از این مطالعه بررسی نوروپاتی اعصاب محیطی اندام تحتانی در دوران بارداری، فراوانی و مکانیسم های مرتبط می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه مروری با استفاده از جستجوی منابع در مدلاین از سال ۱۹۸۴ تا سال ۲۰۱۱ با استفاده از کلمات کلیدی نوروپاتی اعصاب اندام تحتانی و یا نوروپاتی هر یک از اعصاب در دوران بارداری و نیز مقالات داخلی و خارجی مرتبط و تجربه نویسندگان تدوین و نگاشته شده است. در این مقاله نه تنها مبدا، مسیرهای حساس عبور و محل انتشار هر عصب بطور مختصر بیان شده است بلکه به مکانیسم های ایجاد نوروپاتی در هر عصب و اختلالات مربوط، مخصوصاً در دوران بارداری و نیز در زمان زایمان پرداخته شده است.

یافته ها: از بین مقالات مورد بررسی از انواع نوروپاتی های دوران بارداری یا بعد از زایمان در اعصاب اندام تحتانی، ۵ مورد نوروپاتی عصب ابتوراتور بوده که یک مورد دو طرفه و چهار مورد یک طرفه بوده است. علائم شامل درد در قسمت داخلی ران و نیز درد عمقی در مبدا عضلات اداکتور، ضعف در حرکت نزدیک کردن پا و فقدان حس در داخل ران سمت مبتلا بوده است. ۴ مورد نوروپاتی عصب فمورال بوده که دو مورد یک طرفه و دو مورد دو طرفه بوده است. یک مورد نوروپاتی یک طرفه عصب فمورال بعد از زایمان اول در یک خانم ۲۹ ساله گزارش شده که در آن مرحله دوم زایمان طولانی بوده و حدود ۳ ساعت طول کشیده بود. و نتیجه گرفتند هر چه مدت زمان زایمان کوتاهتر باشد نوروپاتی عصب فمورال کمتر خواهد بود. ۲ مورد نوروپاتی عصب جلدی رانی خارجی بوده که دو طرفه بوده اند و منجر به درد و بی حسی قسمت خارجی ران شده بود. افتلنگی پا ناشی از نوروپاتی فشاری شاخه پرونتال مشترک عصب سیاتیک در لگن یا سر فیبولا گزارش شده بود. رادیوگرافی و MRI کمک چندانی در تشخیص نداشتند بهترین تست جهت تشخیص الکترومیوگرافی بوده است



نتیجه گیری: اعصاب محیطی اندام تحتانی می توانند در زمان بارداری، زایمان و بعد از زایمان بوسیله مکانیسم های متعددی نظیر فشرده شدن، کشش، فشار سر بچه، بکار گیری فورسپس در حین زایمان، تروما یا هماتوم به علت سزارین و یا وضعیت نامناسب نگهدارنده های پا (وضعیت لیتاتومی)، بلوک موضعی پاراسرویکال، ایسکمی، در مواردی پارگی، دچار آسیب شوند. در نتیجه فشرده شدن و کشش شایع ترین عوامل، در گیر افتادن یک عصب محیطی در زمان بارداری یا زایمان هستند. نوروپاتی فشاری در محل های آناتومیکی که عصب در آنجا بیشتر تحت فشار است شایع تر است. شایع ترین سندرم های فشاری عصب در زمان بارداری یا زایمان شامل نوروپاتی اعصاب ابتوراتور، فمورال، پروئثال مشترک، پاراستزی عصب جلدی خارجی ران، سندرم تونل تارس، سندرم تونل کارپ می باشد.

کلمات کلیدی: نوروپاتی، دوران بارداری، نوروپاتی اعصاب اندام تحتانی، مکانیسم های ایجاد نوروپاتی

بیماریهای عروقی در بارداری

نویسنده: دکتر اشرف زروانی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

Stroke یک عارضه نسبتاً نادر بارداری و دوره post partum است و به علت ناتوانی و مرگ و میر حاصله می تواند بالقوه خطرزا باشد. برآورد شده Stroke مسئول بیش از ۱۲٪ کل علل مرگ مادر است. Stroke طبق تعریف WHO به صورت بروز اختلال فوکال و (گاه گلوبال) ناگهانی فونکسیون مغزی که بیش از ۲۴ ساعت طول کشیده باشد تعریف می شود. این وضع ناشی از مکانیسم های پاتوفیزیولوژیک زمینه ای مختلفی است. منشا عارضه می تواند اختلالات شریانی یا وریدی گردش خون مغز باشد. موارد شریانی به دو فرم کلی ایسکمیک و هموراژیک قابل تفکیک هستند. مورد اول به دو فرم ترومبوتیک و آمبولیک و مورد دوم به اشکال SAH و خونریزی داخل پارانشیمی دیده می شوند. اشکال وریدی بیش از نیمی از موارد Stroke در بارداری را شامل می شوند. غالب Stroke های مرتبط با بارداری در سه ماهه سوم یا دوره Puerperium رخ می دهند. تاثیر Stroke مادر روی سلامت جنین هنوز به طور کامل شناخته شده نیست ولی outcome نوزاد در موارد CVA عموماً خوب است و بر اساس مطالعات موجود تفاوت آماری معنی داری بین Outcome بارداری در مادرانی که Stroke داشته اند با مادران سالم دیده نشده است. به طور کلی ریسک عود Stroke در بارداری بعدی اندک است. تصمیم گیری در مورد روشهای تشخیصی Stroke در مادر باردار با توجه به اثرات بالقوه روی سلامت جنین می تواند چالش برانگیز باشد. درمان اشکال مختلف Stroke به ویژه فرمهای ایسکمیک همواره محل اختلاف نظرهای فراوان بوده است. به علاوه بیماریهای عروقی مغز ممکن است در تصمیم گیری برای روش زایمان نیز دخالت داشته باشند.



Sexual dysfunction in Multiple Sclerosis (MS)

Rahnama Parvin^{1*} Mohammadi Khadijeh²

Shafighe Piri²

1. *Assistant Professor, Dept of midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University
2. Instructor, Dept of midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University

*Email: p_rahnama1381@yahoo.com

Introduction: The hormonal changes that occur during pregnancy induce a physiological shift from Th1 to Th2 immune response, reflecting a favorable profile of anti-inflammatory cytokines. This shift may, at least in part, be the reason for the reduced relapse rate observed during pregnancy. Sexual dysfunction (SD) in patients with multiple sclerosis (MS) is common, but often overlooked symptom multiple sclerosis. The purpose of this study was to determined sexual dysfunction in women with multiple sclerosis.

Materials and Methods: This was a cross sectional study. Participants were MS patients that who recruited from two MS clinics in Tehran. Data on sexual dysfunction and demographic characteristics were collected. Participants were examined to determine the clinical characteristics by a neurologist. Descriptive analyses were carried out to explore the data. In all 226 MS patients were studied. The mean age of participants was 35.77 years (SD = 8.07). Of total participants in this study, 125(55/3%) were diagnosed as having sexual dysfunction. 23.3% of participants perceived that severity of sexual dysfunction were as same before diagnosis of MS, also 64.1% reported that the severity of sexual dysfunction more than from before diagnosis MS and 12.6% was not married in this study. Also, the result of this study showed that in the participants who had experienced MS exacerbation, in these participants 85.4% experienced sexual dysfunction more than before diagnosis MS disease.

Conclusions: This article was research on female sexual dysfunction in MS women's to gain a better understanding of how these aspects of a woman's life impact the health care services. Since pregnancy caused increase of sexual dysfunction, it seems that this complication in women with MS disease and pregnancy must be more than women who they have not pregnancy. Women's health care practitioners have an opportunity to advance patient satisfaction and overall health by evaluating and communicating with female patients about their sexual function.

MS و بارداری

دکتر محمود عابدینی، متخصص مغز و اعصاب، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و رییس هیئت مدیره انجمن ام اس مازندران

ام اس شایع ترین بیماری ناتوان کننده سیستم اعصاب مرکزی در افراد جوان می باشد، که پرووالانس آن یک در هزار در کشور های غرب می باشد .

سن شیوع بیست تا چهل و پنج سالگی می باشد. نسبت خانومها به آقایون ۲/۵ به ۱ می باشد. پس بنابراین در خانوم هایی که در دوران بارداری می باشند، این بیماری یک معضل به حساب می آید.

قطعا بارداری در بیماری ام اس و بر عکس اثر گذار خواهد بود، در سه ماهه سوم بارداری میزان عود ۷۰٪ درصد نسبت به قبل از بارداری کاهش دارد. اما غالبا بعد از زایمان میزان عود افزایش می یابد. به طور کلی میزان عود قبل از بارداری ۷٪ و در سه ماهه دوم ۲٪ و بعد از زایمان ۱/۲ درصد در سال می باشد. استروژن و پروژسترون بر روی سیستم ایمنی اثرات تنظیم کننده خواهد داشت.

مطالعات تا به حال عوارض شدید و خفیف جنین در مادران مبتلا به ام اس گزارش نشده است. به استثناء بیماری هایی که شدیدا ناتوان هستند، زایمان بر اساس معیارهای مامائی تصمیم گرفته شود.

دلایل مستند وجود ندارد که بی حسی نخاعی روی روند بیماری اثر گذار باشد.

مصرف ترکیبات بتا اینترفرون ها در زمان بارداری با عوارض سقط و کاهش وزن جنین همراه خواهد بود. در زمان بارداری مصرف ترکیبات گلاتیرمراسات عوارض آن بسیار ناچیز می باشد. برای کنترل حمله در زمان بارداری IVIG ترکیبات متیل پردینزولون با دوز بالا توصیه می گردد.

به خاطر ترشح ترکیبات DMT در شیر مادر ترجیحا مصرف آن در زمان شیردهی توصیه نمی شود.

اگر بیماری شدید باشد، ترجیحا بهتر است: شیر مادر قطع و ترکیبات DMT شروع گردد.

EFNS توصیه به تجویز IVIG در زمان شیردهی کرده است. که معمولا ۴/ گرم بر وزن بدن به مدت سه روز و برای پیشگیری از عود درمادرانی که خواستار شیر دادن به بچه ها می باشند. ماهانه ۴/ گرم به هر کیلو وزن بدن در یک روز توصیه کرده است.



تشنج در بارداری

دکتر محمود عابدینی متخصص مغز و اعصاب عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

اولین بار سقراط در مورد تشنج کلمه *magical forces* یا *punishment for sin* را به کار برد. در یونان قدیم *scared disease* به تشنج اطلاق گردید. در سال ۱۵۱۶ *Guainerius* توانست صرع واقعی را از صرع کاذب افتراق دهد. در سال ۱۷۹۵ *Boissier* توانست اولین بار اکلامپسی را از صرع مزمن و ایدیو پاتیک افتراق دهد. در سال ۱۹۰۶ سولفات منیزیم به عنوان درمان اکلامپسی استفاده گردید. به دنبال تشنج تونیک کلونیک سطح پرولاکتین، *FSH*، *LH* بالا خواهد رفت. بر اساس تئوری *Herzog* تغییرات فاکتورهای فوق باعث دشارژهای تشنجی از لیمبیک (آمیگدال) می شود. سیستم لیمبیک از طریق استریاترمینالیس با هیپوتالاموس ارتباط دارد و تحریک هیپوتالاموس باعث آزادسازی *GnRH* می شود که این به نوبه خود باعث آزاد سازی *LH* و *fsh* می شود و سیکلی تشکیل می گردد. تجویز ترکیبات والپروات قبل از ۲۰ سالگی ممکن است باعث تخمدان پلی کیستیک شود. در خانمی که *OCP* مصرف می کند به خاطر تداخلات دارویی لازم است دوز استرادیول حداقل ۵۰ میکروگرم باشد و سطح سرمی *AED* مرتب چک گردد، به خاطر اینکه ترکیبات *OCP* روی متابولیسم اکثر داروهای *AED* اثر می گذارد. در زمان بارداری در ۱/۳ افراد فرکانس تشنج افزایش، ۱۰ تا ۲۰٪ فرکانس حملات کاهش و در بقیه موارد فرکانس حملات تغییری نمی کند. پروژسترون خاصیت ضد تشنج اما استروژن خاصیت تشنج زا دارد. در خانم هایی که تشنج دارند عوارض بارداری مثل خونریزی واژینال، اکلامپسی، جدا شدن زودرس جفت نسبت به افراد نرمال بالاتر می باشد. بروز تشنج تونیک کلونیک در زمان زایمان ۱٪ می باشد. اگر در زایمان حملات صرع مداوم رخ دهد زایمان سزارین توصیه می گردد. بعضی از *AED* مثل فنوباریتال، کاربامازپین، اتوسوکسماید، پریمیدون، دیازپام باعث مهار عبور ویتامین *K* از طریق جفت به جنین و عوارض بعد از آن می گردد (عوارض جدی خونریزی در جنین تا ۳۰٪ گزارش می شود). لذا توصیه می گردد خانم ها پس از هفته ۳۶ روزانه ۱۰ میلی گرم و نوزاد پس از تولد ۱ میلی گرم *iv* یا *im* دریافت کنند. اگر دو تا از فاکتورهای وابسته به ویتامین *K* کمتر از ۵٪ در نوزادان پایین باشد، تجویز *ffp* توصیه می گردد. شروع اکلامپسی یک در ۲۰۰۰ زایمان می باشد. علائم آن به صورت درگیری سیستم های متعدد می باشد. به صورت هیپرتنشن، ادم منتشر، پروتئینوری، اختلال کبدی و... اکثر اوقات بعد از هفته ۲۸ رخ می دهد. اگر تشنج و کما رخ دهد اکلامپسی اطلاق می گردد.

مکانیسم تشنج احتمالا به خاطر تغییرات جریان خون مغز می باشد که قسمت خلفی مغز بیشتر آسیب می بیند.

تجویز سولفات منیزیم درمان انتخابی برای این تشنج می باشد.

تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه در مادر، در جنین باعث هیپوکسی، اسیدوز و خونریزی داخل کرانیال می شود. بعضی مولفین اعتقاد بر این دارند که عوارض داروی AED بیشتر از خود تشنج می باشد.

مصرف AED باعث Fetal Anticonvulsant syndrome می شود که شامل: مارفورماسیونهای مادرزادی شدید و خفیف، اختلالات شناختی، مرگ و میر بالا، IUGR می باشد.

مکانیسم تراوتونیک داروهای ضد تشنج شامل:

۱- از طریق اپوکساید ۲- ارتاگونیسیت اسید فولیک ۳- آپوپتوزیس می باشد.

به همین خاطر بعضی مولفین تجویز اسید فولیک را قبل از بارداری شدن توصیه می کنند.

در تجویز AED لازم است نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

۱- مونوتراپی شروع گردد. ۲- حداقل دوز دارو تجویز گردد. ۳- در خانمی که به مدت ۲ تا ۵ سال تشنج

نداشته است، سعی گردد دارو قبل از بارداری شدن قطع گردد. ۴- سطح سرمی توتال و آزاد دارو مرتبا به

صورت ماهانه چک شود. ۵- قبل از بارداری شدن مشاوره ژنتیک انجام گردد. ۶- فولات ۴ میلی گرم روزانه

تجویز گردد.

علت تشنج در خانم های باردار و غیر باردار یکسان است به استثنای اکلامپسی که باید مدنظر قرار گیرد و

ترومبوز سینوسهای مغزی علی الخصوص در سه ماهه آخر بارداری و پس از زایمان که شایعتر است.

بررسی تشنج در خانم های باردار و غیر باردار یکسان می باشد، انجام MRI با قدرت ۱/۵ تسلا در زمان

بارداری بلا مانع می باشد.

درمان صرع مداوم در خانم های باردار شبیه صرع مداوم در افراد غیر باردار می باشد.



اختلالات اکتسابی عصب و ریشه عصب در زمان بارداری

دکتر نرگس کریمی، متخصص مغز و اعصاب و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تغییرات فیزیولوژیک در زمان بارداری باعث افزایش ریسک اختلالات اعصاب محیطی می گردد. در طول حاملگی نوروپاتی اکتسابی فشارنده و رادیکولوپاتی مشاهده می شود. از جمله این اختلالات در موارد زیر اشاره شده است.

سندرم تونل کارپ: بارزترین نوروپاتی فشارنده در دوران بارداری، سندرم تونل کارپ می باشد. CTS بیشتر در تریمستر سوم حاملگی ایجاد می شود ولی می تواند هر زمان در طول حاملگی ایجاد شود. زنان باردار همراه با CTS به احتمال زیاد نولی پار هستند و بالای ۳۰ سال سن دارند و معمولاً ادم ژنرانیبه یا دست را دارند. علت افزایش بروز CTS در زمان حاملگی، احتباس مایع است که عصب مدین را تحت فشار قرار می دهد. ارتباطی بین دیابت حاملگی و افزایش ریسک CTS وجود ندارد. درمان CTS در زمان حاملگی کانزواتیو است که شامل بریس مچ، فیزیوتراپی و رژیم کم نمک است اگر این درمان موفقیت آمیز نبود تزریق استروئید داخل تونل کارپ توصیه می شود که اغلب سبب بهبود علائم تا زمان زایمان می شود.

رادیکولوپاتی لومبوساکران: درد لومبوساکران در بیش از ۵۰٪ زنان باردار مشاهده می شود. فاکتورهای متعددی برای کمردرد در زمان بارداری ذکر شده است از جمله: لوردوز کمر، فشار مستقیم جنین، استرس وضعیتی و شلی لیگامانها به علت هورمونهای شل کننده.

دیسکوپاتی در دوران بارداری بیشتر ریشه LS یا S1 درگیر می کند. برای جلوگیری از فشار ریشه عصب در زمان زایمان در خانمهای باردار بادیسکوپاتی، سزارین توصیه می شود. هرنی مرکزی دیسک سبب سندرم کودا کوینا می شود که بیمار با ضعف اندامهای تحتانی و اختلال اسفنکتری مراجعه می کند. بیماران باید به صورت اورژانسی جهت جلوگیری از دیس فانکشن نورولوژیک جراحی شوند.

فمورال نوروپاتی: نورپاتی فمورال در دوران بارداری نادر است که به علت فشار عصب در زیر کانال اینگونیا در زمان زایمان به علت فلکشن ران واکستر نال روتیشن و ابداکشن ایجاد می شود. این نوروپاتی باعث اختلال راه رفتن بعد از زایمان می شود. درمان حمایتی است.

پلی نوروپاتی التهابی حاد و مزمن در دوران بارداری

دکتر نرگس کریمی ، متخصص مغز و اعصاب و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بروز سندرم گیلن باره در زمان حاملگی تفاوت قابل ملاحظه ای با جمعیت عمومی ندارد ولی در مدت ۲ هفته اول بعد از زایمان ریسک سندرم گیلن باره افزایش می یابد. یک سوم خانمهای باردار با سندرم گیلن باره نیاز به حمایت تنفس دارند. زایمان زودرس در ۳۵٪ موارد مشاهده می شود ولی باعث مرگ نوزاد نمی شود. ختم بارداری اثری روی سیر بیماری مادر ندارد.

فعالیت جنین طبیعی است حتی در صورتیکه مادر کوادری پلژیک باشد. عفونتهایی که سبب GBS در دوران بارداری می شوند با جمعیت عمومی تفاوتی ندارد. شایعترین پاتوژن کامپیلوباکتر ژونی و ساتیومگالو ویروس می باشد. عفونت با CMV مهم است زیرا می تواند از طریق جفت عبور کند و باعث عفونت جنینی را شود. درمان با پلاسما فرز و IVIG در دوران بارداری توصیه می شود و هر دو دارو در درمان بیماری اثر یکسانی دارند. پلاسما فرز سبب تغییر حجم خون و هیپوتانسیون می شود که این هم برای مادر و جنین خطرناک است. مهمترین ریسک فاکتور IVIG در دوران حاملگی، ترومبو آمبولی و نفروپاتی IGA می باشد. سندرم گیلن باره اثری روی انقباضات رحمی ندارد و زایمان واژینال ترجیح داده می شود. بی حسی اپی دورال مناسب است. سوکسینیل کولین به علت پرولیفراسیون رستپوره های پست سیناپسی در GBS و ریسک هیپرکالمی باید پرهیز گردد.

پلی نوروپاتی التهابی دمیلینه کننده مزمن (CIDP) در زنان در سنین بارداری نادر است برخلاف سندرم گیلن باره، که سیر بیماری و شدت آن تحت تأثیر بارداری قرار نمی گیرد، زنان باردار با CIDP ممکن است در طول حاملگی علائم آنها بدتر شود. عود علائم در تریمستر سوم حاملگی یا بلافاصله بعد از زایمان مشاهده می شود. درمان با IVIG یا پلاسما فرز توصیه می شود. برای درمان کوتاه مدت CIDP کورتیکواستروئید وریدی یا خوراکی توصیه می شود CIDP جنین را تحت تأثیر قرار نمی دهد.



افسردگی در بارداری

دکتر فروزان الیاسی؛ استادیار روانپزشکی گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

افسردگی جزو شایع ترین اختلالات در زنان می باشد . تقریباً یک زن از چهار زن در زمانی از زندگی خود افسردگی را تجربه می کنند. حملات افسردگی تقریباً اغلب در خلال سالهای باروری رخ می دهد و تقریباً ۱۰٪ زنان افسردگی را در خلال بارداری تجربه می کنند به نظر میرسد زنان در دوره بارداری بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی می باشند . افسردگی در دوران بارداری بویژه در زنانی که سابقه قبلی افسردگی داشته اند شایع می باشد. افسردگی حین بارداری می تواند باعث کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبت های بارداری ، تولد نوزاد با وزن کم و زایمان پیش از موعد گردد . افسردگی در دوران بارداری بر توانایی مراقبت از خود تاثیرگذار است و بر تغذیه، توجه به توصیه های پزشکی و کیفیت خواب مادر باردار اثر منفی می گذارد و از سویی دیگر ۵۰٪ زنانی که در طی بارداری افسرده هستند ، دچار افسردگی پس از زایمان می گردند . زنان مبتلا به افسردگی در دوران بارداری در ریسک افزایش یافته ای برای افسردگی پس از زایمان و تعامل مختل مادر-نوزاد هستند که موجب تکامل و سرانجام هیجانی ضعیف در فرزندان می گردد لذا افسردگی حین بارداری اگر به موقع تشخیص داده نشود و درمان نشود، میتواند اثر منفی روی مادر و تکامل بعدی نوزاد داشته باشد . هنوز افسردگی مسئله ایست که در بارداری کم تشخیص داده شده و کم درمان می گردد. متأسفانه نتایج نشان می دهند که افسردگی بطور جدی در خلال بارداری کمتر از حد درمان می شوند و کمتر از ۲۰٪ زنانی که افسردگی را در خلال بارداری و بعد از زایمان تجربه می کنند در جستجوی درمان بر می آیند . ارزیابی افسردگی در خلال بارداری به خاطر هم پوشانی بین شکایت های جسمی شایع در هر دو موقعیت همانند اختلالات خواب مشکلات تغذیه ای ، افزایش وزن، تحریک پذیری و خستگی، دشوار می باشد.

اگرچه رواندرمانی برای درمان حاد موارد خفیف تا متوسط افسردگی اندیکاسیون دارد ، اما در موارد شدید ممکن است کافی نباشد. حتی در افسردگی خفیف تا متوسط ، رواندرمانی افسردگی را برای چند هفته تا چند ماه بهبود نمی بخشند و موجب می گردند مادر و جنین (و یا حتی نوزاد) با اثرات افسردگی درمان نشده در این زمان مواجه شوند .مطالعه مروری Cochrane در سال ۲۰۰۷ نشان داد که هنوز داده های کافی وجود ندارد که درباره مصرف سایکوتراپی در بارداری بتوانیم پیشنهاد کلی بدهیم. از آنجاییکه خیلی از

زنان در بارداری یا شیردهی مصرف دارو را نمی پذیرند، درمان سایکو تراپی یک درمان آلترناتیو مناسب می باشد. اثربخشی آنها در درمان افسردگی شدید تایید نشده است.

طبقه بندی FDA بر مبنای داده ها و تجربیاتی که اخیرا موجود است داده شده است. بر این مبنا بوپروپیون، کلوزاپین و بوسپیرون در طبقه B (فقدان ریسک انسانی) هستند. بیشتر SSRI ها و تعدادی از ضد افسردگی های سه حلقه ای (شامل دزی پیرامین) ، ضد افسردگی های جدید تر (مثل میرتازپین، نفازودون و ونلافاکسین)، کلونازپام و بیشتر آنتی سایکوتیک های سنتی و آتیپیک در طبقه C قرار دارند. لیتیوم، کاربامازپین، سدیم والپروات و بیشتر سه حلقه ای ها و تعدادی از بنزودیازپین ها (به غیر از کلونازپام) در طبقه D قرار می گیرند که نشان می دهد شواهدی از خطر برای جنین وجود دارد اما کنتراندیکاسیون مطلق وجود ندارد. تعدادی از بنزودیازپین ها مثل تریازولام، تمازپام و فلورازپام در طبقه X قرار دارند و در دوران بارداری کنتراندیکه هستند. بعد از نگرانی ها درباره مصرف پاروکسیتین در دوران بارداری، در طبقه بندی جدید در رده D قرار گرفت.

افسردگی سه ماهه اول، اگر متوسط تا شدید نباشد باید در صورت امکان بوسیله شیوه های حمایتی درمان گردد؛ چون خود بارداری ممکن است علائم افسردگی خفیف را بهبود بخشد. در صورت وجود افکار خودکشی، علائم نباتی شدید یا سایکوز، بستری ضرورت می یابد. در مواردی که علائم نباتی همراه با حمله افسردگی مازور وجود دارند و بوسیله مداخلات حمایتی بهبود نمی یابند، استفاده از ضد افسردگی ها از جمله SSRI ها اندیکاسیون می یابد. در موارد شروع تازه بهنگام افسردگی، ابتدا SSRI ها امتحان می گردند، چون این داروها همراه با ریسک پایینی از اثرات سمی در بیمارانی هستند که دوز بیش از حد آنها را بکار می برند و ضمنا مصرف آنها آسان می باشد. اگر بیمار قبلا یک پاسخ مثبت به یک داروی اختصاصی از هر کلاسی نشان داد، قویا باید آن دارو را مد نظر قرار داد. دوز داروها باید به آهستگی افزایش داده شوند تا از بروز اثرات جانبی اجتناب شود.

درمان با الکتروشوک عموما بعنوان یک درمان ایمن و مؤثر در افسردگی شدید، سایکوز عاطفی و کاتاتونیا در بارداری و بعد از زایمان پذیرفته شده است. ECT کم بکار گرفته می شود و باید در وضعیت های اورژانس که ایمنی مادر، جنین و کودک ضروری است در نظر گرفته شود تا از مواجهه با داروهای تراوتونیک در سه ماهه سوم اجتناب شود. در بیمارانی که به سایکوتروپ ها مقاوم هستند و یا کسانی که سابقه درمان موفقیت آمیز با الکتروشوک درمانی داشتند درمان مناسبی می باشد.

درمان های فیزیکی جدید تر برای افسردگی مثل تحریک عصب واگ و تحریک عمقی مغز هنوز به میزان کافی در زنان باردار مطالعه نشده است.



حاملگی در دوران کمردرد

دکتر سید میثم علی محمدی، جراح مغزو اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تخمین زده می شود که حدود 84 درصد انسان ها در طول زندگی خود کمردرد را تجربه می کنند. به نظر می رسد زنان بیش تر از مردان در معرض ابتلا به کمردرد می باشند و یکی از شرایطی که زنان را مستعد کمردرد می سازد، حاملگی است.

۵۰-۹۰ درصد زنان بار دار در طی این دوران مبتلا به کمر درد می شوند. زنانی که پیش از بارداری نیز کمر درد داشته اند و یا در زمان بار داری قبلی کمر درد را تجربه کرده اند بیشتر در معرض ابتلاء به کمر درد می باشند.

در این میان 10 تا 33 درصد از این دردها بقدری شدید است که فعالیتهای معمول فرد باردار را مختل کرده و او را مجبور به استراحت کامل در بستر مینماید.

کمر درد در بارداری به ۴ گروه کمردرد شبانه، کمر درد در ناحیه ساکروایلیاک، کمر درد در ناحیه فوقانی (HBP) و کمر درد در ناحیه تحتانی کمر (LBP). که شایعترین ناحیه درگیر ساکروایلیاک می باشد.

بسیاری از زنان حامله به خاطر کمردرد از فعالیت روزانه بازمانده و از کار غیبت می کنند. معمولاً درد در بین پنجمین و هفتمین ماه حاملگی شروع می شود و پس از آن باقی می ماند، 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. به علاوه کمردرد در بیش از یک سوم زنان حامله در شب روی می دهد و باعث بی خوابی قابل توجهی می شود.

شیوع کمردرد پس از زایمان بسته به مدت پی گیری، متفاوت گزارش شده، اما در اغلب آنها در فاصله کوتاهی پس از زایمان حدود تا ۴۰ درصد ذکر شده است. گرچه معمولاً علائم به تدریج در طی ۶ ماه بعد از زایمان از بین می روند، ممکن است در بعضی از زنان این مشکل ادامه یاب، که ممکن است تغییرات فیزیولوژیکی در حاملگی با ایجاد تغییرات مکانیکی و ساختمانی در مهره ها و فشار به سیستم عصبی، مس وول کمردرد حاملگی و احتمالاً پس از زایمان باشند.

عوامل مختلفی با کمردرد رابطه دارند که از جمله می توان به کار سخت فیزیکی و خم شدن مکرر در طی روز، سابقه قبلی کمردرد، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سن کم تر، تعداد حاملگی و زایمان های قبلی، تجربه زایمان سخت، وضعیت بدن و چاقی اشاره نمود. بیش ترین عاملی که در اکثر مطالعات به عنوان عامل خطر LBP شناخته شد، سابقه قبلی کمردرد و سن کمتر بوده



است. از طرف دیگر بعضی مطالعات نشان می دهند که ارتباط معنی داری بین سن، نژاد، تعداد زایمان، شغل مادر، وزن مادر و وزن بچه در هنگام تولد با کمردرد در زنان باردار وجود ندارد. با توجه به میزان شیوع بالای کمردرد در زنان حامله ایرانی که دارای عادات رفتاری خاص در نحوه نشستن، فعالیت، مراقبتهای دوران بارداری، استفاده از سرویس بهداشتی سنتی دارند و نیز نحوه ارائه مراقبتهای دوران بارداری و استفاده از روشهای درمانی متفاوت به کار رفته در درمان این بیماری، باید مطالعات بیشتری در مورد نحوه درمان و پیشگیری از بروز کمردرد در زنان حامله کشور ما انجام شود.

کمردرد در زنان باردار یک معضل می باشد و برای رفع این مشکل باید چاره ای اندیشیده شود. بهترین درمان در کمردرد دوران حاملگی پیشگیری با روشهای مختلف است. یکی از راههای کاهش کمردرد، انجام حرکات و تمرینات ورزشی مختص این دوران و زیر نظر متخصصین توانبخشی میباشد.

پوسٲرھا



تاثیر حاملگی بر بیماری ام اس (MS) در زنان باردار

* صلاح الدین اسدی

دانشجوی کارشناسی بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین

Email: asadi.salah@yahoo.com

سابقه و هدف: بیماری ام اس یکی از بیماری های قرن حاضر است که متأسفانه قشر وسیعی از جامعه را مبتلا کرده و روند رو به رشدی دارد. در جهان حدود ۵.۲ میلیون نفر مبتلا به این بیماری هستند، که سهم کشور ایران از این بیماری ۳۰ الی ۴۰ هزار نفر می باشد. ام اس (MS) یک بیماری مزمن التهابی اغلب پیشرونده سیستم اعصاب مرکزی است، که با از بین رفتن غلاف میلین باعث ایجاد اختلال در انتقال پیامهای عصبی می شود. با توجه به اینکه زنان نسبت به مردان بیشتر درگیر این بیماری می شوند، لذا هدف از این مطالعه تاثیر حاملگی بر بیماری ام اس (MS) در زنان باردار می باشد.

مواد و روشها: در این مطالعه که به صورت مروری انجام شده است از سایت های معتبر مثل: Pubmed ، Google ، SID ، Sciece direct و همچنین مجلات، نشریات معتبر و مطالعات کتابخانه ای مختلف جهت کسب اطلاعات لازم در این زمینه استفاده شده است.

یافته ها: با انجام مطالعات وسیع ثابت شده است که باور غلط گذشته مبنی بر اینکه حاملگی باعث بدتر شدن بیماری ام اس می شود، اصلاً صحت ندارد. حتی اخیراً مطرح شده است که حاملگی باعث سیر بهتر بیماری بخصوص در سه ماهه دوم و سوم می شود و در مواردی هم دیده شده، ورود نوزاد به زندگی مادر موجب فروکش یافتن بیماری ام اس شده است. این بیماری در زنانی که در محیطی کاملاً امن، آرام و به دور از هر گونه هیجان و استرس، باردار شده اند به میزان قابل ملاحظه ای کند می شود. یکی از عوامل موثر در بهبود این بیماری در دوران بارداری ترشح هورمونی به نام پرولاکتین، که ماده ای چرب بوده و سلولهای عصبی مغز و طناب نخاعی را می پوشاند، می باشد که به ترمیم آسیبها در افراد ام اس می کمک کند.

بحث و نتیجه گیری: اغلب بیماریهای عصبی در دوران بارداری حالت خاموش و یا مرحله فروکش دارند، ولی از آنجا که بارداری بدلائل مختلف سیستم ایمنی را تحت تاثیر قرار می دهد، پیگیری این بیماریها در این مرحله اساسی و لازم است. خوشبختانه در طی دوره بارداری سیستم ایمنی بدن موادی را تولید می کند که اثر حفاظتی به روی سلولهای عصبی دارد. در نتیجه حاملگی نه تنها بر بیماری ام اس تاثیر بدی ندارد بلکه باعث بهبود آن می شود.

کلید واژه ها: حاملگی، بیماری ام اس، زنان باردار، سیستم اعصاب

ارزیابی سکنه مغزی در طول حاملگی

دکتر شیده انوری (drsh.anvari@yahoo.com)

پزشک عمومی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده

در زنان، طی دوران حاملگی، ریسک بیماریهای ترومبوآمبولیک افزایش می یابد. در واقع در دوران حاملگی تغییرات فیزیولوژیک هورمونی، تغییر در همودینامیک قلبی عروقی، افزایش خاصیت انعقادپذیری، تغییر در ساختمان بافتی عروق، ترومبوز ورید های مغزی، آمبولی پارادوکس، پراکلامسی و اکلامسی ریسک سکنه مغزی ایسکمیک و هموراژیک را افزایش می دهند. اگر چه سکنه مغزی مرتبط با حاملگی شایع نیست، اما ریسک آن در زنان جوان باردار بالاتر است. گزارش شده ۱۲-۳۵٪ سکنه های مغزی در سن ۱۵-۴۵ سالگی با حاملگی مرتبط است. سکنه مغزی علت بیش از ۱۲٪ مرگ مادران باردار است و می تواند منجر به مرگ جنین شود. انواع سکنه مغزی مرتبط با حاملگی شامل: سکنه مغزی هموراژیک (دراثر پارگی آنوریسم ویا مالفورماسیونهای وریدی شریانی)، سکنه مغزی ایسکمیک (ترومبوز وریدهای مغزی) و سکنه مغزی مرتبط با پراکلامسی، اکلامسی و همچنین آمبولی قلبی در ارتباط با بیمار روماتیسمی دریچه قلبی است. آگاهی از نوع سکنه مغزی طی حاملگی، در تشخیص اولیه یاری کننده است. درمان هم بر اساس نوع تشخیص متفاوت است. هر زمانی که سکنه مغزی اتفاق افتاد، جهت اقدامات تشخیصی و درمانی، سلامت مادر و جنین باید مورد توجه قرار بگیرد. در این مقاله قصد داریم مروری بر پاتوژنز سکنه مغزی مرتبط با حاملگی، اپیدمیولوژی، تشخیص و درمان آن داشته باشیم.

کلمات کلیدی: حاملگی، سکنه مغزی مرتبط با حاملگی، سکنه مغزی هموراژیک، سکنه مغزی ایسکمیک



Migraine during pregnancy & Treatment options

Dr. Shideh. Anvari. (drsh.anvari@yahoo.com)

General Practitioner, Department of Research and Technology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Migraine headaches are an increasingly common health problem with a wide range of potential etiological factors. Migraine is classified in 2 ways: migraine with aura and migraine without aura. Up to 18% of pregnant women are affected by migraine. Pregnancy is a state of sustained elevation of estrogen and progesterone for several weeks. After delivery, there is an abrupt and precipitous decline in ovarian hormones. According to Somerville's theory of estrogen withdrawal, menstrual migraines occur due to the decline of estrogen levels after a period of elevated estrogen. Pregnancy has a variable effect on the frequency and intensity of migraines. The available literature indicates that most women seem to experience either an improvement or no change in migraine frequency during pregnancy. The percentage of women who show improvement during pregnancy ranges from 18% to 86%. Among pregnant migraineurs 2.5% to 8% reported worsening symptoms. Migraine headaches do not seem to directly affect the outcome of pregnancy, although they could exert an indirect effect. Patients with migraine have a higher risk of developing preeclampsia than individuals without migraine. Migraine therapy in pregnancy is complicated. The main precept for the management of migraines during pregnancy is to use the smallest amount of medication necessary for adequate pain prevention and control. Use of alternative methods, such as biofeedback combined with acetaminophen, is often sufficient for pain control in most pregnant women with migraine. The purpose of this study is to discuss the features of migraine headaches during pregnancy. We also review the options for the evaluation and management of migraine.

Key words: migraine, pregnancy, treatment options

حاملگی و میگرن

نویسنده: سید حمزه حسینی دانشیار گروه روان پزشکی مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران

در بسیاری زنان که از میگرن رنج می برند در زمان حاملگی بهبودی در میگرن پیش می آید اما در بعضی تشدید می شود و از طرفی وضعیت هایی در حاملگی پیش می آید که تهدید کننده زندگی هستند و با علائم سر درد نشان داده می شود بنابراین تشخیص به موقع و صحیح سر درد در دوران حاملگی یک امر ضروری می باشد.

سر درد در هر جمعیتی می تواند به سه گروه تقسیم بندی شود که می تواند در زنان حامله هم فرق ندارد. ۱ - افراد که سر درد اولیه دارند در حال حاضر با همان علائم مجدداً بروز می کند. ۲ - افرادی که سر درد اولیه دارند ولی در حاضر با دفعات، شدت و کیفیت متفاوت بروز می کند. ۳ - افرادی که سابقه سر درد اولیه و شناخته شده ندارند در حال حاضر در زمان حاملگی برای اولین بار بروز کرده است.

میگرن معمولاً یک طرفه و اغلب ضرباندار و همراه با تهوع و حساسیت نور صدا و حرکت سر می باشد و می تواند تحت تأثیر تغییرات فیزیولوژی (خارجی مانند هوا یا داخلی مانند تغییرات الگو خواب) میگرن آغاز شود. میگرن در زنان بیشتر از مردان می باشد و شایعترین آن در زمان باروری در زنان می باشد و تأثیر میگرن روی باروری و یا سیر حاملگی ثابت نشده است اما حاملگی میگرن را تحت تأثیر قرار می دهد.

میگرن بارداری ممکن است احتمال سکته مغزی، بیماری قلبی، لخته شدن خون در رگ ها و سایر مشکلات عروقی در حاملگی را افزایش دهد زانی که در حین بارداری دچار میگرن می شوند نسبت به زنان دیگر ۲ برابر بیشتر دچار قلبی می شوند و ۳ برابر بیشتر دچار خونی و سایر مشکلات عروقی در حین بارداری می شوند.



بررسی اثرات اینترفرون بتا، در جنین و نوزادان مادران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس

نویسندگان: *عاطفه سورتیجی، مریم آرمند

دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

سابقه و هدف: اینترفرون بتا (INFB)، از داروهای تنظیم کننده سیستم ایمنی است که در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس (MS)، کاربرد دارد. هدف از این مطالعه ارزیابی خطرات وابسته به مصرف INFB، در جنین و نوزادان تا سن ۱۲ ماهگی است.

مواد و روشها: جهت ارائه مقاله مروری حاضر، ابتدا جستجوی عمومی در سایت google scholar و سپس بطور اختصاصی تر در سایتهای pubmed, uptodate و Cochrane library، انجام شد. واژه های انتخابی برای جستجو شامل حاملگی (pregnancy) و مالتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) و اینترفرون بتا (INFB) و نتیجه جستجو شامل ۴۸ مقاله بود که پس از بررسی آنها تعداد ۹ مقاله که بیشتر به موضوع پرداخته و روش کار مناسبتری داشتند، انتخاب و از داده هایشان برای نگارش مقاله حاضر استفاده شد.

یافته ها: بررسی مطالعات منتخب نشان داد که در بعضی موارد مصرف این دارو در حاملگی، با افزایش میزان عوارضی چون: LBW، سقط خودبخودی، آنومالیهای مادرزادی و ندرتا آنومالیهای ماژور، مرگ جنین با نقائص جنینی، حاملگی خارج رحمی، ختم حاملگی انتخابی و کاهش قد و وزن نوزاد همراه بود، ولی در بیشتر مطالعات منجر به تولدهای زنده نرمال شده و میزان سقط خودبخودی و آنومالیهای ماژور و اختلالات تکاملی را افزایش نداده است.

نتیجه گیری: اغلب مطالعات استفاده از این دارو، در حاملگی را بعنوان یک داروی بی خطر و یا کم خطر، توصیف نموده اند، ولی هنوز در مورد کنترل زنان حامله با این دارو اطمینان کافی وجود ندارد. مطالعات گسترده تر در این زمینه، جهت اثبات ایمنی این دارو در حاملگی توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: اینترفرون بتا، سیستم ایمنی، حاملگی، مالتیپل اسکلروزیس.

بررسی اثرات متقابل بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) و حاملگی

نویسندگان: *عاطفه سورتیجی، فرنگیس شریفی

دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

سابقه و هدف: MS شایعترین بیماری مزمن، التهابی و ناتوان کننده سیستم عصبی مرکزی است، که با از دست دادن میلین و درجات مختلف پاتولوژی آکسونها و اختلالات نورولوژیک پیشرونده مشخص می شود، که بطور تیپیک زنان سنین باروری را گرفتار می کند. این مطالعه با هدف بررسی اثرات متقابل MS و حاملگی، انجام گردید.

مواد و روشها: جهت ارائه مقاله مروری حاضر، ابتدا جستجوی عمومی در سایت google scholar و سپس بطور اختصاصی تر در سایتهای pubmed, uptodate و Cochrane library، انجام شد. واژه های انتخابی برای جستجو شامل حاملگی (pregnancy) و مالتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) و نتیجه جستجو شامل ۵۸ مقاله بود که پس از بررسی دقیق آنها تعداد ۲۶ مقاله انتخاب و از داده هایشان برای نگارش مقاله حاضر استفاده شد.

یافته ها: نتایج مرور منابع فوق منجر به سازماندهی مطالب در دو طبقه کلی تحت عناوین (۱) اثرات حاملگی بر بیماری MS و (۲) اثرات بیماری MS بر حاملگی شد، که مطالب آن تلفیقی از مطالب مقالات منتخب میباشد. اثرات حاملگی بر بیماری MS: عود MS در سه ماهه دوم و خصوصا سوم حاملگی در مقایسه با یکسال قبل از حاملگی کاهش یافته و فعالیت بیماری در تریمستر سوم نسبت به سال قبل ۷۰ درصد کاهش می یابد، ولی در ۳۰ درصد بیماران عود بیماری در سه ماهه اول پس از زایمان افزایش می یابد و پس از این زمان میزان عود تفاوتی با میزان آن قبل از حاملگی ندارد. حاملگی بر سیر بیماری MS اثر منفی ندارد و در طولانی مدت پس از زایمان هیچ اثر نامطلوبی از حاملگی بر MS ایجاد نمی شود. کیفیت زندگی بیماران در حاملگی بهبود می یابد. اثرات بیماری MS بر حاملگی: به دو دسته اثرات مادری و جنینی تقسیم می شود. در بعضی از مطالعات نتایج نامطلوب زیر گزارش گردید: بیماری MS در مادران با افزایش احتمال زایمان پره ترم، سزارین، سقط، ضرورت تغییر نوع داروی مصرفی و احتمال بستری در بیمارستان و در جنین و نوزاد با LBW، کاهش قد و وزن نوزاد، IUGR, SGA، همراه بود.

نتیجه گیری: حاملگی در بیشتر بیماران مبتلا به بیماری MS ایمن است و تاثیر منفی بر بیماری MS نمی گذارد، ولی در بعضی از مطالعات افزایش ریسک عوارض نامطلوب مادری و جنینی در حاملگی



گزارش شده است که نقش مانیتورینگ ویژه و مراقبتهای مامایی در حاملگی بیماران مبتلا به بیماری MS را پررنگتر می کند.

واژگان کلیدی: حاملگی، مالتیپل اسکلروزیس، عوارض.

راههای کاهش عود بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) در دوران پس از زایمان

نویسندگان : *عاطفه سورتیجی، فرنگیس شریفی

دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

سابقه و هدف: مالتیپل اسکلروزیس (MS)، شایعترین بیماری التهابی دمیالینه کننده سیستم عصبی مرکزی است. علت اصلی آن ناشناخته است و در زنان شایعتر از مردان (به نسبت ۳ به ۲)، دیده می شود و اغلب، زنان را در سنین باروری تحت تاثیر قرار می دهد. میزان عود MS در حاملگی کاهش و در سه ماهه اول پس از زایمان افزایش می یابد. این مطالعه با هدف راههای کاهش میزان عود بیماری، پس از زایمان انجام گردیده است.

مواد و روشها: جهت ارائه این مقاله مروری، جستجو در سایتهای pubmed, google scholar

uptodate و Cochrane library، انجام شد. واژه های انتخابی برای جستجو شامل حاملگی (pregnancy) و مالتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) و عود (relapse) و نتیجه جستجو شامل ۴۰ مقاله بود که پس از بررسی دقیق آنها تعداد 10 مقاله انتخاب و از داده هایشان برای نگارش مقاله حاضر استفاده شد.

یافته ها: نتایج مرور و تلفیق مطالعات بر گزیده نشان داد: استفاده از درمانهای تعدیل کننده سیستم

ایمنی (مثل اینترفرون بتا)، در حاملگی، جهت کاهش ناتوانیهای بیمار و عود بیماری، بکار بستن توصیه های متخصصین، استفاده از کورتیکواستروئیدها، هورمون حاملگی (استرادیول) بصورت خوراکی، پروژسترون در ترکیب با استرادیول، ایمنوگلوبولینها، متیل پردنیزولون، شیردهی و استفاده از استروئیدها در طول و پس از حاملگی، در کاهش عود بیماری موثر است.

نتیجه گیری: با استفاده از درمانهای توصیه شده، اثرات مطلوبی در کنترل عود بیماری پس از زایمان

دیده شد، ولی نیاز به مطالعات گسترده تری در این زمینه وجود دارد.

واژگان کلیدی: حاملگی، مالتیپل اسکلروزیس، عود، پوئرپریوم.



مولتیپل اسکلروزیس و بارداری

Multiple sclerosis (MS) and pregnancy

نویسندگان: فاطمه راфт* - زهرا بستانی خالی

اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

آدرس: رشت - بزرگراه شهید بهشتی - پارک دانشجو - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

Email: Raft@gums.ac.ir

مقدمه و هدف: MS بیماری خود ایمن و شایع ترین اختلال عصبی از بین برنده میلین چند کانونی بافت سفید CNS است که منجر به اختلال حرکت پیام ها در راستای رشته عصبی می گردد. چون MS در زنان شایع تر از مردان است و معمولاً در دهه های دوم و سوم زندگی آغاز می شود، زنان در سن باروری آسیب پذیر ترین افراد در برابر این بیماری هستند. هدف از این مقاله مروری، افزایش اطلاعات کاربری ارائه دهندگان خدمت در ارتباط با زنان باردار مبتلا به MS به منظور ارائه مؤثرتر خدمات می باشد.

مواد و روش ها: این مقاله با گردآوری مطالب از منابع معتبر کتابخانه‌ای و اینترنتی تهیه شده است.

یافته ها: بیماری MS (به تنهایی) روی باروری زنان (ومردان) و پیامد بارداری تأثیر منفی ندارد. حداقل ۳ ماه قبل از تصمیم به بارداری رژیم های دارویی طبق نظر پزشک معالج می بایست تغییر کنند. بعضی از علائم شایع MS چون خستگی، تکرار ادرار، یبوست، درد پشت، و... مشابه با شکایات بارداری هستند. احتمال افزایش عفونت دستگاه ادراری، یبوست و تشدید خستگی و مشکلات حرکتی وجود دارد که ادامه تمرینات کششی و فیزیو تراپی در طی بارداری توصیه می شود. بارداری در سیر بیماری تأثیری ندارد و حتی در سه ماهه دوم و سوم علائم فروکش میکنند. احتمال عود و تشدید ناگهانی بیماری در ۳ تا ۶ ماه اول بعد از زایمان وجود دارد که با ناتوانایی های پایدار به همراه نیست. نحوه زایمان مادران مبتلا به MS با بقیه مادران فرقی ندارد. در بیماران پارالژیک به علت احساس کمتر درد ممکن است متوجه شروع لیبر نشوند و طی مرحله دوم زایمان نیاز به استفاده از فورسپس یا واکيوم باشد. اندیکاسیون سزاری شامل اندیکاسیون های مامایی هستند و استفاده از بی حسی اپیدورال یا بیهوشی عمومی بدون مشکل هستند. اگر چه به طور کلی شیردادن احتمال تشدید بیماری در دوران نفاس را افزایش نمی دهد، با توجه به درمانهای دارویی و شرایط فردی در مورد تغذیه با شیر مادر می بایست با پزشک مشاوره شود. برای پیشگیری از بارداری تمامی روش های هورمونی قابل استفاده هستند و روش نهایی با توجه به شرایط فردی با مشاوره انتخاب می شود.

نتیجه گیری: MS روی باروری و پیامد بارداری زنان و بارداری روی سیر کلینیکی MS تأثیر (پایدار) ندارد. زنان مبتلا به MS بلمشاوره و همراهی پزشکان متخصص و تیم درمانی می توانند هم چون سایر زنان تشکیل خانواده داده، باردار شوند.

کلمات کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، بارداری، زایمان، بعد از زایمان، تغذیه با شیر مادر

بررسی تاثیر حاملگی بر شدت ناتوانایی فیزیکی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) در

شهر تهران-۱۳۹۰

نویسندگان: خدیجه محمدی* - دکتر پروین رهنما- شفیقه محمدی تبار

اعضای هیات علمی دانشکده پرستای مامایی شاهد E-mail mohammadi@shahed.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری پیشرونده و غیر قابل پیش بینی سرپستم اعصاب مرکزی است که معمولاً در سنین باروری رخ می دهد . تصمیم برای بزرگتر شدن ابعاد خانواده برای افراد مبتلا تصمیم ساده ای نیست . ترس از به خطر افتادن سلامت مادر و شدیدتر شدن علائم بیماری حین و پس از زایمان، ترس از انتقال بیماری به جنین و احتمال اثر سوئی داروهای مصرف شده حین بارداری باعث می شود تا زنان نتوانند براحتی در این مورد تصمیم بگیرند . هدف از این مطالعه بررسی تاثیر بارداری بر شدت بیماری MS می باشد

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی، ۲۰۰ زن متاهل مراجعه کننده به دو کلینیک تخصصی MS واقع در شهر تهران، مورد بررسی قرار گرفتند . در این مطالعه مشخصات دموگرافیک توسط مامای کارشناس و مشخصات بالینی بیماری (مدت و نوع روند بیماری، سن شروع بیماری و میزان ناتوانایی (مقیاس EDSS) توسط متخصص مغز و اعصاب ارزیابی گردید و به منظور آنالیز داده ها از روشهای آماری توصیفی اس تفاده شد.

یافته ها: میانگین سن زنان شرکت کننده در این مطالعه ۳۵/۷۷ (انحراف معیار = ۸/۰۷) سال و سن بیمار هنگام تشخیص بیماری در ۵۷/۱٪ افراد کمتر از ۳۰ سال و میانگین طول مدت بیماری (از زمان شروع علائم بیماری) ۳ سال (انحراف معیار = ۵/۰۲) و میانگین نمره م یزان ناتوانایی فیزیکی بیماران EDSS=۱/۶۱ بود.

در مطالعه ما ۱۱/۵٪ زنان معتقد بودند پس از بارداری مشکلاتشان بیشتر شده و رضایتمندی زناشویی شان کمتر شده است و همچنین بدست آمد که با افزایش تعداد کودکان میزان مشکلات زناشویی بطور معنی داری افزایش یافته اما متغیر تعداد کودکان با میزان ناتوانایی فیزیکی زن ارتباط معنی داری نداشت . این نتایج نشان داد که بارداری گرچه بر ارتباطات زوجی موثر است اما لزوماً سبب افزایش یا بدتر شدن علائم بیماری و کاهش توانایی فیزیکی زن نمی گردد

نتیجه گیری: بارداری باعث وخامت و پیشرفت بیماری مولتیپل اسکلروزیس نمی شود اما تسهیلات برای مشاوره و آموزش در حوزه مشاوره زوجی و جنسی و حمایت از افراد هنوز ضعیف یا اصلاً وجود ندارد در صورت دیده شدن این تسهیلات میتوان از کاهش کیفیت زندگی زناشویی پیشگیری نمود و امید داشت تا افراد مبتلا خانواده ای سلامت و شاداب داشته باشند.

کلمات کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، بارداری



Predisposing factors in the Restless legs syndrome in pregnancy

Authers: Rashidi F*¹, Parnan A¹, Razmjoo N²

*Correspondence: M.sc.in

Midwifery.Email:rashidif901@mums.ac.ir.tel:09158897334

1. M.sc.in Midwifery.Email:parnanea901@mums.ac.ir

2. :Instructor of midwifwry, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad, Iran

Background & aim: Restless legs syndrome is a disorder of the motor -nervous system that affects the limbs, which is a burning sensation, movement of ants on the legs, tingling are more often at night and reaches its peak at month 7 -8 pregnancy and leads to sleep disturbance, drowsiness during the day. The exact cause is unknown. This study aimed to review studies in pregnant women with predisposing factors in the syndrome was made.

Methods: an extensive search in SID, BMJ, PUBMED, SCINCE DIRECT, SCHOLAR with keywords "restless leg syndrome," "pregnancy" and "predisposing factors" pregnancy has been done from 2000 to 2011.

Results: The results indicate that the anemia, diabetes, BMI, hormone levels of FSH, LH, progesterone, prolactin and restless leg syndrome during pregnancy, there No significant difference, but between maternal age, parity, family history, estradiol levels, Snoring and restless leg syndrome during pregnancy, there was a significant difference.

Conclusion: Results suggest that further studies in the field of risk factors for restless leg syndrome during pregnancy to prevent complications in pregnancy should be performed.

Keywords: restless leg syndrome, pregnancy, predisposing factors

اضطراب و افسردگی در زنان باردار

دکتر فاطمه دانشور^۱، صدیقه علیخانی^۲، علی احمدزاده امیری^۳، امیر احمدزاده امیری^۳
 ۱ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز شماره ۵ مرکز بهداشت ساری
 ۲ کارشناس مامایی، آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
 ۳ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روان یک نوع قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران و تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی بصورت منطقی و عادلانه و مناسب است. بارداری بعنوان یکی از مهمترین حوادث زندگی زنان و تحقق آرزوهای عمیق و پر قدرت، با ایجاد تغییرات تکاملی وسیع و شروع رشدی جدید، بعهده گرفتن مسئولیت مراقبت از فرزند و کنار گذاشتن هویت شخصی، تمام ابعاد زندگی یک زن را تحت تاثیر قرار می دهد. دوره ای پر تنش برای بسیاری از زنان با بروز واکنش های روانی غیر قابل پیش بینی که نیازمند سازگاری روانی- فیزیکی می باشد.

مواد و روشها: جستجو در pub med از سال ۲۰۱۲-۱۹۸۵ با استفاده از عبارات سلامت روان، مراقبتهای سلامت و بارداری، و افسردگی و اضطراب صورت گرفته است. همچنین از پروتکل راهنمای WHO در سلامت روان و بارداری برای تعمیم نتایج و تعاریف کلی استفاده گردیده است. براساس DSM-IV (مطالعه چهارم تشخیص و آمار اختلالات روانی)، فردی بیماری افسردگی دارد که حداقل ۴ علامت زیر را داشته باشد: احساس گناه، ناامیدی و بی ارزش - اختلالات خواب (کم خوابی و یا پر خوابی)- اختلالات تمرکز و توجه - تغییر در اشتها و تغییر وزن - احساس خستگی و کاهش انرژی- وقفه یا تحریک زیاد سایکوموتور- در موارد شدید قصد خودکشی. دو مقیاس موجود غربالگری افسردگی شامل: فهرست افسردگی Beck (BDI/II) و مرکز مطالعات اپیدمیولوژی افسردگی اصلاح شده (CES-DR) است. اما برای زنان باردار از مقیاس اختصاصی تر ادینبورگ که با عنوان معیار افسردگی پس از تولد (EPDS) طراحی شده استفاده می شود.

یافته ها: مطالعات متعدد نشان می دهد که ۱۶-۱۰ درصد از زنان باردار دچار اختلالات افسردگی ماژور شده و تعداد خیلی بیشتری دچار علائم ضعیف تری از افسردگی و اضطراب می شوند. در آمریکا از هر ۵ زن یک نفر در طول عمر خود دچار اختلال افسردگی ماژور می شود. محدوده سنی علائم افسردگی در زنان بین ۲۰-۴۰ سالگی است که عمدتاً مربوط به دوره ای است که بارداری اتفاق می افتد. از عوامل مهم خطر ساز افسردگی در بارداری سابقه قبلی افسردگی بویژه در حین یا پس از زایمان و وجود سابقه خانوادگی افسردگی، احساس تنهایی و عدم حمایت اجتماعی و وجود تعارضات اجتماعی است. حتی با وجود حمایت های اجتماعی کافی اگر تنازع فردی با دیگران وجود داشته باشد می تواند منجر به افسردگی شود. دیگر عوامل خطر ساز افسردگی شامل: سابقه تعدیات فیزیکی، روحی، جنسی، مصرف سیگار و الکل و مواد مخدر، عوامل استرس زا مثل مشکلات حرفه ای و مالی، وجود زمینه بیماریهای تهدید کننده سلامتی، زندگی ایزوله و تنها، داشتن



فرزندان خیلی زیاد و عدم شور، شوق بارداری می باشند. ارتباط قوی بین حوادث بارداری (سقط جنین، مرده زایی، ترشحات غیر طبیعی و زخم مهبل) با اضطراب و افسردگی وجود دارد. استرسهای روانی و عدم دسترسی به مراقبت های بهداشتی بدنبال حوادث غیر مترقبه طبیعی روی بارداری و نوزاد اثرات سوء دارند. عوارض بارداری نظیر سقط جنین خودبخودی، تولد نوزاد نارس، زایمان زودرس، تغییر نسبت جنسی متولدین، عدم رشد مغزی جنین و کاهش ترشح شیر بدنبال استرس های روانی ناشی از حوادث فاجعه بار طبیعی گزارش شده است.

وجود قوای درونی تعدیل کننده استرسها و اعتماد به نفس اهمیت فوق العاده ای در پیشگیری از اضطراب و افسردگی دارند.

نتیجه گیری: هر گونه استرس روانی- اجتماعی و تعدیل کننده آنها با سلامت روانی در زنان در سنین بارداری در ارتباط هستند و زندگی در شرایط ایزوله و یا عدم حمایت های روانی- اجتماعی می تواند منجر به اضطراب و افسردگی در آنها شود.

کلمات کلیدی: سلامت روانی، بارداری، اضطراب و افسردگی



Key words: MS, Sexual Dysfunction, FSFI

Depression Risk at two and eight weeks post-partum among Women Attending Mazandaran Province Primary Health Centers: A cohort study

Abdollahi. Fatemeh

Public Health Department, Collage of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Lye Munn Saan

Community Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, University Putra Malaysia

Azhar Md Zain

Psychiatric Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, University Putra Malaysia

Sazlina Shariffe Ghazali

Community Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, University Putra Malaysia

Zarghami Mehran

Psychiatric Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences

Objective: Disagreement about cause of post-partum depression (PPD) is considerable, and currently, however, is still not understood in their etiology. This study was conducted to identify postpartum depression risk factors in women who are at risk for developing this disorder.

Design: This investigation was designed as a prospective cohort study to investigate sociological, cultural, psychological, obstetrical, socio-demographical and possible hormone related risk factors to developing PPD.

Methods: 2,279 eligible women referred to Primary Health Centers were investigated in third trimester of pregnancy and followed up to 2 and 8 weeks after birth. Iranian version of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was utilized to screen PPD. Univariate and Multivariate logistic regression model used for data analysis.

Results: From of 2279 participants at pregnancy, 478 of those had EPDS score >12 (21%).

At two and eight weeks after birth, 424 (19.2%), and 403 (19.4%) mothers' scores yielded above the threshold. Three hundred two (16.23%) mothers scored above 12 at both evaluations. In the multivariate model, the factors predictive of depression symptoms at 8-weeks postpartum were, depression and general health status in pregnancy based on EPDS, and General Health



Questionnaire (GHQ), family history of depression, social support, parental self-efficacy, irritable mood at puberty, back pain, and husband education.

Conclusion: Antenatal depressive symptoms and general health status show to be key antenatal risk factor for postnatal depression. Also, these finding relevant that combination of psychological, sociological, obstetrical, socio-demographical and hormone-related factors can vulnerable mothers for postpartum depression. Culture element was not a risk factor for PPD in this traditional society.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بارداری

نویسنده: فروغ فرض اله پور کارشناسی ارشد مامایی

اردبیل- خلخال- مرکز بهداشت خلخال

مقدمه و هدف: ام اس بیماری مزمن التهابی سیستم اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) و یک بیماری خودایمنی (اتوایمیون) است که بدن بر اثر نقص سیستم ایمنی علیه ماده سفید میلین آنتی بادی و در نتیجه پلاکهایی را تولید می کند. مولتیپل اسکلروز (MS) شایعترین بیماری ناتوان کننده مغز و اعصاب، پس از تروما و آسیب های سیستم عصبی در سراسر جهان است. بیماری با تخریب پیشرونده غلاف میلین نورون ها در کلیه سطوح سیستم عصبی نهایتاً منجر به ضعف و ناتوانی می شود. MS تقریباً زنان را سه برابر مردان مبتلا می کند. بطور معمول اولین سن تظاهر بیماری دهه دوم تا چهارم است. با توجه به شیوع بالای این بیماری در زنان و خصوصاً میزان بروز بالا در سنین باروری زنان، این مطالعه با هدف بررسی عوارض این بیماری در بارداری انجام گرفت.

مواد و روشها: این مقاله با بررسی منابع و مقالات در سایتهای معتبر علمی استخراج شده است.

یافته ها: حاملگی، زایمان و میزان بروز عوارض در نوزادی یا نقص مادرزادی (ناقص الخلقه شدن) نوزاد در خانم مبتلاء به ام اس هیچ تفاوتی با افراد طبیعی ندارد. تا کنون هیچگونه شواهدی دال بر اینکه ام اس باعث اختلال در باروری شود وجود ندارد. همچنین میزان بروز سقط های خودبخودی، تولد جنین مرده و زایمان زودرس مثل سایر افراد طبیعی می باشد. تعداد موارد عود یا حملات بیماری به خصوص در سه ماهه دوم و سوم حاملگی کاهش می یابد. با انجام مطالعات وسیع ثابت شده است حاملگی باعث بدتر شدن بیماری ام اس نمی شود و اخیراً مطرح شده است که حاملگی با سیر بهتر بیماری در آینده مرتبط است. به طور کلی بارداری تاثیری در افزایش حملات بیماری ام اس ندارد. زیرا حاملگی باعث تغییراتی در سیستم ایمنی می شود ولی این بیماری بر حسب فرم آن پس از دوران بارداری تشدید یا پیشرفت می کند. زنان مبتلا به ام اس که بدون استفاده از هیچ نوع دارو، حداقل تا دو ماه بعد از تولد نوزادان شیردهی می کنند، نسبت به بیمارانی که از شیردهی خودداری می کنند، حداقل تا یک سال بعد، احتمال برگشت بیماری کاهش می یابد. میزان عفونت های ادراری، یبوست، خستگی و مشکلات حرکتی در طی حاملگی افزایش داده می شود. خستگی، اختلالات مثانه و روده، به خصوص در سه ماهه سوم بارداری تشدید می شود. همچنین تحقیقات نشان داده است که هیچ نشانه ای از افزایش بی تحرکی به خاطر بارداری در گروه زنان مبتلا به ام اس دیده نشده است. بارداری از جمله عواملی است که سبب افزایش پروتئین ها و پادتن های



طبیعی می شود و علاوه بر این میزان سطح کورتیکواستروئید طبیعی در زنان باردار نسبت به زنانی که مبتلا به ام اس هستند و از بارداری جلوگیری می کنند بالاتر است.

نتیجه گیری: حاملگی اثر محافظت کننده بر بیماری ام اس دارد ولی این بیماری برحسب فرم آن پس از دوران بارداری تشدید یا پیشرفت می کند.

کلید واژه ها: بارداری / ام اس / عوارض



Obstetric regional blocks for women with multiple sclerosis: a survey of UK experience

دکتر ابوالفضل فیروزیان - متخصص بیهوشی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران - بیمارستان امام خمینی ساری

E. Drake*, Specialist Registrar, Nuffield Department of Anaesthetics, John Radcliffe Hospital, Oxford. M. Drake, House Officer, Worcestershire Royal Hospital, Worcester. J. Bird, Consultant Anaesthetist, Royal Berkshire Hospital, Reading.

R. Russell, Consultant Anaesthetist, Nuffield Department of Anaesthetics, John Radcliffe Hospital, Oxford.

International Journal of Obstetric Anesthesia. Volume 15, Issue 2, April 2006, Pages 115–123.

Abstract

Background: There has been a reluctance to use regional blocks for women with multiple sclerosis as effects on the course of the disease are unclear. We assessed the views of UK consultant obstetric anaesthetists regarding management of women with multiple sclerosis.

Methods: Following Obstetric Anaesthetists' Association approval a questionnaire was sent to UK consultant members. Opinions were sought on antenatal assessment, labour analgesia, anaesthesia for elective and emergency caesarean section, and modification in technique for those with multiple sclerosis. Enquiries were made of postnatal problems ascribed to regional blocks.

Results: Of the 592 replies analysed, 91% of respondents had seen fewer than 10 cases of multiple sclerosis in the past 10 years. Antenatal assessment was recommended by many with postnatal relapse most commonly discussed (64%). Many highlighted the need for informed consent and minimising local anaesthetic dose. For labour analgesia 79% would perform a regional block; a further 20% would do so in certain circumstances. For elective caesarean section, epidural rather than spinal anaesthesia was preferred by 4%; 2% would not use a regional block, preferring general anaesthesia. For emergency caesarean section with time only for single-shot spinal, 3% would give a general anaesthetic. Deterioration of symptoms after delivery were reported by 20% with 3% attributing symptoms such as prolonged block, leg weakness, bladder dysfunction and postnatal relapse to regional blocks.

Conclusion: Most UK anaesthetists would perform regional blocks for labour and caesarean section in multiple sclerosis, although the experience of each



anaesthetist is limited. Many emphasised the need for thorough pre-assessment and informed consent.

Keywords: Multiple sclerosis; Pregnancy; Neuraxial blockade

سندروم کارپال تونل در بارداری

دکتر محمود عابدینی متخصص بیماریهای مغز و اعصاب عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

سندروم کارپال تونل شایع ترین نوروپاتی **Entrapment** در زمان بارداری می باشد. **CTS** در واقع درگیری عصب مدین در کانال کارپال می باشد. که این کانال از فلکسور ریتینا کلوب و قسمت دیستال استخوان رادیال و استخوانهای مچ تشکیل گردید. علائم آن به صورت پاراستزی دیس استزی شبانگاه در دیستال اندام فوقانی گرفتار می باشد، که با حرکات دیستال اندام فوقانی علائم بیمار موقتا بر طرف می شود.

در فرمهای شدید، علائم به صورت درد و کرختی ثابت و اختلال در تفکیک دو نقطه تحریک در مسیر عصب مدین مشخص می گردد. و همچنان آتروفی عضلات تنار و ضعف ابداکسیون و فلکسیون و اپوزسیون شست وجود خواهد داشت. علائم دیگر شامل علامت **Tinel** مثبت (دق کردن عصب مدین در دیستال باعث درد رادیکولر در انگشتهای اول تا سوم می گردد).

تست **Phalen** مختل (اگر مچ دست به مدت ۳۰ تا ۶۰ ثانیه در وضعیت فلکسیون قرار بگیرد باعث پاراستزی در مسیر عصب مدین می گردد) می باشد.

ارتباط سندروم **CTS** با بارداری اولین بار در سال ۱۹۵۷ توسط **Cook** و **Wallace** شرح داده شده است. در یک مطالعه ای که توسط **Melvin** و همکاران انجام شده است، مشخص شده که ۳۱٪ از خانمهای باردار علائم **CTS** را در زمان بارداری بروز خواهند داد. و ۷٪ این بیماران در **E D X** علائم واضح **CTS** را نشان می دهند. ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران علائم دو طرفه می باشد، که شیوع آن در سه ماهه سوم بارداری بیشتر می شود. فاکتورهایی که در ایجاد **CTS** در زمان بارداری دخیل می باشند شامل: افزایش وزن، سن مادر، ادم منتشر، زمینه از قبل، و می باشد.

پیش آگهی **CTS** در زمان بارداری خوب می باشد. در اکثر بیماران درمانهای حمایتی لازم است، که شامل: **Wist Splint**، تجویز ترکیبات ضد التهابی غیر استروئیدی، تجویز رژیم کم نمک و تزریق استروئید موضعی می باشد.

ترکیبات ضد التهابی غیر استروئیدی به علت ریسک بالای انقباض عروقی رحم در اواخر بارداری توصیه نمی گردد.

در یک مطالعه ای که درایتا لیا انجام گردید. ۳۰٪ بیماران بعد از زایمان سریعا علائم **CTS** بر طرف گردید. ۱۱٪ در زمان شیردهی و ۵٪ بعد از قطع شیردهی علائم بر طرف گردید. و ۴٪ ممکن است حتی بعد از یکسال علائم وجود داشته باشد که احتیاج به مداخلات جراحی دارد. ۷٪ بیماران با وجود درمانهای حمایتی در زمان بارداری ممکن است احتیاج به دکمپرسیون جراحی لازم داشته باشند.



فلج بلز در زمان بارداری

دکتر محمود عابدینی، متخصص بیماریهای مغز و اعصاب، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

ارتباط فلج بلز و بارداری اولین بار در سال ۱۸۳۰ توسط Charles Bell توصیف گردید .
فلج بلز، با فلجی ناقص و کامل عصب فاسیال مشخص می گردد. علائم دیگر آن شامل: درد خشکی چشم ، اختلال چشایی نوک زبان، Hyperacusis ، و کاهش بزاق می باشد.
فلج بلز، معمولا یک طرفه می باشد، و در بعضی از مواقع دو طرفه و عود کننده در زمان بارداری گزارش گردید . شروع آن به صورت حاد و در عرض یک تا دو هفته پیشرفت می کند.
شیوع آن ۴۵ در ۱۰۰ هزار در خانمهای باردار می باشد. که نسبت به جمعیت عموم (۱۷ در ۱۰۰ هزار می باشد) شایع تر می باشد.
فلج بلز، بیشتر در سه ماهه سوم بارداری و بعد از زایمان رخ می دهد. (دو هفته اول بعد زایمان).
احتمالا احتباس مایعات در زمان بارداری ممکن است در بیماری زایی آن نقش داشته باشد.
در یک مطالعه در خانمهای که فلج بلز پیدا کردند، میزان مسمومیت بارداری و فشار خون شایع تر می باشد . پس بنابراین به عنوان یک اصل کلی در یک خانم بارداری که با فلج بلز مراجعه می کند، حتما باید از نظر مسمومیت بارداری بررسی گردد.
میکانیسم های فرضی دیگری که مطرح می گردد شامل فعال شدن ویروس HSV و انعقاد پذیری زیاد در زمان بارداری و تغییرات هورمونی می باشد.
تشخیص های افتراقی آن شامل: لپتو مننژیت (بیماری لایم سارکوئید و زیس، میاستنی گراویس، اوتیت مدیا، کلسئو ما، ارتشاه سلولهای بدخیمی به پرده های منژ و عصب فاسیال، زونا عصب فاسیال، مالفور ماسیونهای عروقی ... می باشد.
تشخیص های بیماری بر اساس علائم بالینی می باشد.
در مواردی که شک کنیم لازم است مطالعات MRI و بررسی مایع مغزی و نخاعی و بررسی های دیگری انجام گیرد .
درمان محافظت از خشکی چشم می باشد. که از طریق قطره اشک مصنوعی یا پمادهای موضعی می توان استفاده کرد.
همانطور که درمان کورتیکو سترئوئید در زمان غیر بارداری تجویز می شود. (پردینزولون ۱ mg هر کیلو وزن بدن به مدت ۵ روز پس به تدریج قطع می گردد.)
در زمان بارداری چنین رژیم پیشنهاد می گردد. علی الخصوص فلج بلز با درد شدید و کامل همراه باشد بیمار در چند روز اول مراجعه کند.
به علت بروز شکاف کام در سه ماهه اول بارداری ترکیبات کورتیکو سترئوئید توصیه نمی گردد. ترکیبات آنتی ویرال مثل آسیکلوویر در زمان سه ماهه سوم بلا مانع می باشد. اگر درمان در سه روزه اول تجویز گردد



اثرات آن واضح تر و بارزتر خواهند بود. دکمپرسیون عصب فاسیال در فرم آکسونال و شدید باشد توصیه می گردد.

پیش آگهی در مواقعی که فلجی نا کامل باشد، بهبودی عالی می باشد. اگر کامل باشد ممکن است ۵۰% درصد همراه با سیکل و عوارض باشد.



بررسی علل سردردهای زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری

نویسندگان: سوری کلامی - سیدحسین منتظر*

دانشجوی کارشناس ارشدپرستاری- *متخصص طب اورژانس، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

Email :hmontazer66@yahoo.com

چکیده:

سابقه و هدف: بدون شک یکی از بزرگترین آرزوهای تمامی زنان، داشتن نوزادی سالم و تندرست است. به این جهت تمامی مادران سعی بر آن دارند تا عوامل مؤثر بر بهبود روند بارداری و نتیجه آن را مورد بررسی قرار دهند و تا جای ممکن از عوامل زیان آور دوری جویند. تغییرات زیادی در اثر بارداری در بدن مادر به وجود می آید و عوامل زیادی در تعیین روند صحیح بارداری و نتیجه بارداری مؤثر هستند.

یافته ها: ازبین ۳۰ زن باردار با شکایت از سردرد های مداوم به بیمارستان امام خمینی ساری مراجعه نموده، که از نظر احتمال ابتلا به مسمومیت بارداری مورد بررسی قرار گرفتند و ۱۹ نفر از آنان دچار سردردهای سه ماهه سوم بارداری بودند.

نتیجه گیری: معمولاً خانمی که در سه ماهه سوم دچار سردرد می شود فشارخونش بالاست و پروتئین زیادی از ادرارش دفع می شود. از مشخصات این سردردها این است که با مصرف مسکن های معمولی بهبود پیدا نمی کنند و ادامه دارند. اگر خانمی در سه ماهه سوم دچار سردرد می شود و فشارخون و دفع پروتئین ادراری او بالاست باید حتماً به پزشک مراجعه کند و احتمال ابتلا به مسمومیت بارداری را بررسی کند و در صورت مثبت بودن این احتمال به طور جدی تحت مراقبت قرار بگیرد، بستری شود و تصمیمات جدی برایش صورت گیرد. لذا این بیماران مورد آزمایشات پروتئین ادراری قرار گرفته و همه دچار فشار خون بالا بودند.

البته در موارد نادری این اتفاق در نخستین روزهای پس از تولد نوزاد رخ می دهد. ممکن است علت این فشار بالا، بارداری باشد که در این صورت گذرا خواهد بود و یا اینکه فرد قبلاً فشار بالا داشت و از آن مطلع نبوده است و در این صورت در دوران پس از بارداری نیز فشار خون فرد بالا خواهد بود. بالا بودن فشار خون

به صورت مزمن، احتمال ابتلا به پراکلامپسی را افزایش می دهد. ۲۵٪ زنانی که مبتلا به فشار خون مزمن بوده اند، طی حاملگی دچار پراکلامپسی می شوند. در حالیکه تنها ۵٪ زنان ممکن است به پراکلامپسی مبتلا شوند. به همین دلیل اگر برای اولین بار فشار خون در دوران بارداری بالا باشد پزشک نمی تواند پیش بینی کند که آیا فشار خون در همین حدود باقی می ماند، افزایش پیدا می کند یا به سمت پراکلامپسی پیش می رود. اگر فرد مبتلا به پراکلامپسی شود، تست ادراری افزایش سطوح پروتئین را نشان می دهد و تورم در پاها و دستها رخ می دهد. این علامت نشان می دهد که کلیه های فرد تحت تاثیر فشار خون بالا قرار گرفته اند. در مواردی مادر و جنین هر دو در معرض خطر جدی هستند . مسمومیت بارداری و فشارخون بالا از تهدیدهای جدی برای خانم های باردار است و مهم ترین علل مرگ و میر مادران است بنابراین سردرد در سه ماهه سوم باید جدی گرفته شود.

کلمات کلیدی: بارداری ، پراکلامپسی، سردرد، مراقبت ویژه



Management of epilepsy during pregnancy

Asefi Fariba★,Gholami Darab

Master of Science in midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Shahrekord University Of Medical Sciences,Shahrekord, Iran

faribaasefi@yahoo.com

Introduction: Pregnancy is a special physiological condition where drug treatment presents a special concern because the physiology of pregnancy affects the pharmacokinetics of medications used and certain medications can reach the fetus and cause harm. Managing epilepsy during pregnancy is to balance the maternal and fetal risks associated with uncontrolled seizures against the potential teratogenic effects of antiepileptic drugs (AEDs).

Materials and Methods: In this review article, electronic searches were undertaken in

PubMed, Scholar google and up to date since 2009.

Results: There is robust evidence surrounding the incidence of major congenital malformations following exposure to some commonly prescribed antiepileptic drugs, and growing evidence that prenatal exposure to certain AEDs is also associated with a reduction in cognitive functioning and an increase in neurodevelopmental disorders in childhood. Exposure to valproic acid in pregnancy is associated with significantly reduced intelligence in children whose mothers were treated for epilepsy. PIQ is significantly lower in children exposed to carbamazepine than in unexposed children. New mothers with epilepsy are advised to breastfeed their children. the neonate, and infants of mothers treated with primidone/phenobarbital should be closely monitored for possible signs of sedation. the US Food and Drug Administration approved medications for the treatment of epilepsy: rufinamide, lacosamide, vigabatrin, lamotrigine and levetiracetam.

Conclusions Women with epilepsy, especially those of child-bearing age, are faced with difficult choices when it comes to choosing the most suitable antiepileptic drug (AED). This is particularly so for those with idiopathic generalized epilepsies, or those for whom seizure syndrome is not immediately apparent, where sodium valproate is still considered the drug of choice. Proper treatment and counseling of women with epilepsy, with due attention to aspects that are specific to women patients, can reduce the limitations to which they are subject in everyday life. There is a major need for preconception counseling. Clinicians should inform families of the potential cognitive adverse effects of valproic acid.

Keywords: epilepsy, pregnancy, Management ,drug

مداخله بر میزان اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی

بالینی تصادفی یک‌سوکور

مهناز عزیزی ۱، می‌نور لمیعیان ۲*، سقراط فقیه‌زاده ۳

1. کارشناس ارشد. گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

۲. استادیار گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران. ارایه دهنده

۳. استاد گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

*ارایه دهنده: دکتر می‌نور لمیعیان. دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی تهران

Email: Lamyianm@modares.ac.ir

سابقه و هدف: تجارب زایمانی نا مطلوب در ارتباط با مداخلات غیر منتظره پزشکی، درد شدید یا تهدید به مرگ ممکن است ترس و اضطراب شدیدی در برخی از مادران در دوران پس از زایمان ایجاد نموده و منجر به اختلال استرس پس از تروما گردد. پیشگیری یا کاهش اختلالات روانی اثرات سوء تجربه تروما طی زایمان و اختلال استرس پس از آن بر زندگی مادر پس از زایمان و همچنین اختلال در روابط مادر و کودک و نیز ارتباط با همسر، با شناسایی راهکارهای عملی نظیر مشاوره، در پس از زایمان حائز اهمیت می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مشاوره برنامه‌ای بر میزان اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زای شهر آباده انجام پذیرفت.

مواد و روشها: در یک کارآزمایی تصادفی از تعداد ۳۲۴ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک های بارداری در اواخر سه ماهه سوم بارداری، که معیار ورود به پژوهش را دارا بودند، تعداد ۱۸۰ نفر برحسب معیار DSM-IV، زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند، به روش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۹۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار گرد آوری اطلاعات شامل چک لیست سوالات دموگرافیک، سوابق مامایی و معیار ورود و خروج از مطالعه، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادنهورگ (EPDS) پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس-۲۱ (DASS-21) و پرسشنامه حمایت مادری (MSSS) بود. گروه مداخله تحت برنامه مشاوره مامایی (MCP=Midwifery Counseling Program) قرار گرفتند و گروه کنترل فقط مراقبت های معمول پس از زایمان را دریافت می نمودند. برنامه مشاوره طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و ۴-۶ هفته پس از زایمان توسط ماما به گروه مداخله ارایه می شد. هر دو گروه مداخله و کنترل، سه ماه پس از زایمان در دو نوبت پیگیری و نتایج مقایسه شد. پیگیری به روش حضوری توسط پرسشگر آموزش دیده که از گروه بندی آگاه نبود انجام گرفت.

یافته‌ها: واحدهای پژوهش در هر دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، عوارض بارداری و سطح حمایت اجتماعی همگن شده و به لحاظ سطح حمایت اجتماعی مادری، میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی پیش از مداخله تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P > 0/05$). پس از مداخله و در پیگیری



دونوبته، بین میانگین استرس، نمرات اضطراب و افسردگی ۴-۶ هفته پس از زایمان ($P < 0/001$) و ۳ ماه پس از زایمان ($P < 0/001$) بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: برنامه مشاوره مامایی بر کاهش میزان اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک زنان نخست زا موثر است. با توجه به اهمیت نقش ماما در ارائه مشاوره در دوره های مختلف بارداری و پس از زایمان می توان این روش را در قالب برنامه آموزش مداوم برای پرسنل مامایی به اجرا گذاشت.

کلمات کلیدی: زایمان تروماتیک، اختلال استرس، مشاوره مامایی



Prevalence of and influencing factors for chronic headaches among pregnant women.

ZibaRaisiDehkordi .MSc.in Midwifery,Dep.ofMidwifery,School of Nursing and Midwifery,Shahrekord University of MidicalSciences,Shahrekord,Iran

Atefeh Najafi.Reproductive Biology Department of Anatomy school of Medicine Tehran University of Medical Scinces Tehran Iran.

corresponding author:
ZibaRaisiDehkordi

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of headaches and their influencing factors among pregnant women.

METHODS: A cross-sectional study was conducted from January to April, 2010 , with 600 women receiving routine pregnancy check-up in obstetric clinics of shahrekord . A structured questionnaire and the Zung Depression Scale were used to collect data.

RESULTS: Overall, 26.6% of the participants had headaches before pregnancy, whereas only 16.9% had headaches during pregnancy. Although the headache prevalence was lower during than before pregnancy, it was high among the participants aged 35 years or older, those who received help in their housework, and those who were multiparous. Moreover, the Zung depression score was significantly high among those experiencing headaches.

CONCLUSION: The significant decrease in headache prevalence observed during pregnancy may be the result of a pregnancy-specific hormonal status. However, the most significant factors influencing the frequency of headaches in the participants were related to their socioeconomic status and the severity of depression.



ارتباط آلودگی مادران به توکسوپلازما گوندی‌ای در طی دوران آبستنی با آسیب‌های مغزی - عصبی در جنین

سیده مائده موسوی داودی

دانشجوی سال ششم دکتری عمومی دامپزشکی، دانشکده دامپزشکی دانشگاه شیراز

پست الکترونیک: ma.moda100@gmail.com

چکیده:

مقدمه و هدف: توکسوپلازما از بیماری‌های مشترک انسان و حیوان است. عامل این بیماری، تک - یاخته‌ای درون سلولی به نام توکسوپلازما گوندی‌ای می‌باشد. اگرچه، گربه و گربه سانان میزبان اصلی انگل می‌باشند اما مصرف گوشت‌های نیم‌پخته آلوده به کیست انگل و انتقال مدفوعی - دهانی از سایر منابع انتقال محسوب می‌گردند. از نگرانی‌های اصلی در ارتباط با توکسوپلازما در انسان، انتقال عمودی انگل از مادر به جنین است. در این مطالعه، چرخه زندگی انگل، روش‌های غربالگری، تست‌های تشخیص عفونت داخل رحمی، آسیب‌های مغزی - عصبی بیماری در جنین، راه‌های پیشگیری، کنترل و درمان بیماری مرور شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ای مروری با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و مقالات گردآوری شده می‌باشد.

یافته‌ها: خطر آلودگی به این انگل در مادرانی است که در حین بارداری برای نخستین بار با انگل مواجهه می‌شوند و تیتراژ کافی برای مقابله با پارازیتی را ندارند. هنگامیکه مادران باردار برای نخستین بار در دوران آبستنی به انگل آلوده شوند، تاکی زوئیت‌ها با عبور از جفت، جنین را آلوده می‌کنند. هرچه آلودگی مادر به بیماری در ماه‌های ابتدایی آبستنی صورت گیرد، آسیب‌های ناشی از بیماری در جنین شدیدتر خواهد بود. سقط جنین، بروز اختلالات شدید عصبی مانند کوچک شدن مغز، آب آوردگی مغز، تشنج، عقب‌ماندگی‌های ذهنی، اختلالات بینایی و ... از آسیب‌های این بیماری در جنین و نوزادان در هنگام تولد و یا مدتی پس از آن می‌باشد. از سوی دیگر، مواجهه با انگل پیش از بارداری با افزایش سطح ایمنی بدن نوعی واکسیناسیون نسبی علیه بیماری تلقی می‌گردد.

نتیجه‌گیری: زنان بارداری که در معرض خطر آلودگی قرار دارند باید در طی دوران آبستنی بطور مرتب تحت آزمایشات سرولوژیک قرار گیرند تا در صورت آلودگی در نخستین فرصت معالجه گردند. از آنجا که اطلاعات زیادی در ارتباط با تاثیر شیوه‌های درمانی بر بیماری در دوران آبستنی وجود ندارد، بنابراین رعایت مسائل بهداشتی جهت پیشگیری از خطر آلودگی و ابتلا به بیماری بسیار حائز اهمیت خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: توکسوپلازما گوندی‌ای، دوران آبستنی، آسیب‌های مغزی - عصبی، جنین

اثر صرع بر حاملگی

هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

اگرچه اکثریت خانمهای مبتلا به صرع حاملگی های بدون مخاطره ای را خواهند داشت ولی از بعضی از مطالعات در خانمهای مبتلا به صرع در مقایسه با گروههای کنترل نتایج بد حاملگی گزارش شده است. این نتایج سوء شامل زایمان زودرس، تولد بچه با وزن کم، دور سر کوچک تر، تولد نواد مرده، شاخص آپگار کم، پرده اکلامپسی، زایمان با سزارین، نقص های مادرزادی و مرگ و میر نزدیک زایمان می باشند. خانم های حامله مبتلا به صرع که از داروهای ضد صرع استفاده می کنند به جای ۲ الی ۳ درصد احتمال وقوع ذکر شده برای خانمهای عادی، میزان ناهنجاری مادرزادی ۴ تا ۸ درصد می باشد. هم چنین خطر نقص های مادرزادی جزئی نیز دو برابر می شود.

فرض بر این است که علاوه بر مصرف AED عوامل دیگری مثل حملات مارد، ارثی بودن صرع مارد، ترومای فیزیکی ضمن حملات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی نامطلوب مسؤول افزایش میزان نقص های مادرزادی هستند. با وجود این، اغلب محققین عقیده دارند که حملات مارد در طول حاملگی اثری روی کثرت نقص مادرزادی بچه های این مادرها ندارد. توافق عام بر این است که مسؤول اصلی برای نتایج سوء حاملگی در مادران مبتلا به صرع، به ویژه افزایش نقص های مادر زادی در جنین AEDs مصرف شده در درمان صرع می باشد نه خود صرع مصرف AEDs در حاملگی همه داروهای ضد صرع از جفت عبور می کنند و لذا تا حدودی خطر ناقص الخلق زایی دارند.

نتیجه مطالعه انجام شده توسط Holmes و همکارانش فرضیه مسؤول بودن AEDs برای نقص های مادرزادی در بچه های مادران مبتلا به صرع را تایید می کند. در این مطالعه آینده نگر که از سال ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ انجام شده، سه گروه از خانمها از لحاظ نتایج حاملگی بررسی شده اند. گروه اول شامل ۱۸۰ خانم مصروع بودند که تحت درمان با AEDs بودند. گروه دوم شامل ۲۱۸ بیمار مصروع بودند که هیچ گونه AEDs دریافت نمی کردند. گروه سوم شامل ۹۷۹ خانم کنترل بودند. در این مطالعه، بین انواع صرع هایی که آنها داشتند تفاوتی وجود نداشت. در بین بچه هایی که تحت تاثیر AEDs بودند در مقایسه لب بچه های مادران گروه دوم و سوم افزایش قابل توجهی در وجود نقص های ماژور، میکروسفالی یا تاخیر رشد وجود داشت. از طرف دیگر از لحاظ آماری تفاوت قابل توجهی بین بچه های گروه ۲ و ۳ وجود نداشت. یکی از موارد خدشه این مطالعه این بوده که تکرر حملات بین دو گروه اپی لپتیک متفاوت بوده است. به طوری که ۵۰ درصد خانمهای مبتلا به صرع که داروی ضد صرع می خورند حمله را تجربه کردند در صورتی که فقط ۱۰ درصد مادرانی که تحت درمان با دارویی نبودند که طول حاملگی حمله داشتند.

در یک مطالعه جدید روی ۲۱۱ خانم مبتلا به صرع و ۳۵۵ کنترل سالم، نتایج حاملگی به ور آینده نگر بررسی شده است. ۱۷۴ حاملگی در مادران مبتلا به صرع برای آنالیز وجود داشته که از این تعداد ۱۵۹ مورد AEDs دریافت کرده است. نشان داده شد که در خانمهایی که در معرض داروهای ضد صرع نبودند



هیچ نوع نتیجه غیر طبیعی به صورت مرگ یا ناهنجاریهای مادرزادی در بچه های آنها اتفاق نیفتاده در حالی که در ۱۵۹ خانم مصروع که تحت درمان با AEDS بودند ۱۰/۷ درصد نتایج غیر طبیعی در مقایسه با ۳/۴ درصد در گروه کنترل داشته اند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در این مطالعه، بین تکرر حملات و نتایج سوء هم خونایی وجود نداشته است. در یک مطالعه بزرگ که در چند موسسه روی ۹۰۲ خانم مصروع انجام شده وقوع نقص مادرزادی در بچه های مادران تحت درمان با AED تقریباً پنج برابر خانمهی مصروعی بوده که دارویی دریافت نکرده اند.

دلیل دیگری دال بر تراژون بودن AEDS این است که هر چه غلظت خونی آنها در مادر زیاد می شود میزان ناهنجاری در بچه ها نیز زیاد می شود و وقتی یک داروی دیگر به رژیم دارویی مادر اضافه می شود میزان ناهنجاری در بچه ها نیز افزایش می یابد. وقتی دو داروی ضد صرع مصرف می شوند ایجاد ناهنجاری مادر زادی تا ۵/۵ درصد زیاد می شود و وقتی سه تا ۴ داروی ضد صرع با هم مصرف می شوند میزان ناهنجاری به ترتیب ۱۱ و ۲۳ درصد افزایش می یابد. این ارقام را می توان با ۲ درصد در مردم عادی و ۳ درصد با مادرانی که با یک AED درمان می شوند مقایسه کرد. اخیراً نشان داده شده که در بچه هایی که مادر آنها در طول حاملگی با AEDS درمان شده اند تغییرات طولانی مدت در نوار مغزی (EEG) آنها وجود دارد. IQS نیز با افزایش تعداد AED کم می شود در حالی که تغییرات EEG به تعداد حملات مادر در دوران حاملگی ارتباطی ندارد. و بالاخره این که زمان در معرض AED قرار گرفتن در دوران جنینی مهم است. نقص های مربوط به مجرای عصبی موقعی ایجاد می شود که تماس با بعضی AEDS از هفته های ۵ تا ۶ پس از آخرین پرئود قاعدگی (LMP) باشد. شکاف کام و لب شکری به ترتیب موقعی ایجاد می شوند که تماس جنینی با دارو قبل از هفته ۷ و هفته ۱۰ از LMP باشد. بیماری قلبی مادرزادی موقعی ایجاد می شود که تماس با دارو قبل از هفته ۸ از LMP باشد.

اگر خانم مصروعی به مدت بیش از ۲ سال حمله نداشته باشد پزشک باید قل از حامله شدن او، قطع مصرف دارو را تحت بررسی قرار دهد. اگر بیماری داروی ضد صرع مصرف می کند کمال مطلوب این است که بیمار تحت درمان با کمترین تعداد دارو و با کم ترین دوز مورد نیاز برای کنترل حملات باشد.

مکانیسم های ناقص الخلقه زایی AED مکانیسم های متعدد برای توضیح ناقص الخلقه زایی AEDS متصور است. یکی از آنها ایجاد اپوکساید های سمی به عنوان متابولیت AEDS می باشد.

به عنوان مثال، ضمن متابولیسم فنی توپین، اپوکساید های ناپایدار ساخته می شوند که این مواد دارای اثرات ناپایدار ساخته می شوند که این مواد دارای اثرات موتاژیک در مطالعات حیوانی و انسانی بوده اند. این مواد برای غیر سمی شدن نیاز به آنزیمهای اپوکساید هیدرولاز دارند که ممکن است در بعضی از جنین ها از لحاظ ژنتیکی وجود نداشته و یا کمبود آنها وجود داشته باشد و همین موضوع باعث شود که وقتی این جنین ها در معرض AEDS قرار می گیرند حساس به ناهنجاریهای مادرزادی باشند. مکانیسم های دیگری نیز ممکن است دخیل باشند زیرا در جنین هایی که در معرض مفنیتوئین قرار گرفته اند (که متابولیسم آن متابولیت اپوکسایدی نمی کند) نیز آسیب جنینی ایجاد شده است.

متابولیسم بعضی از AEDs منجر به ساخته شدن رادیکالهای آزاد می شوند که می توانند به ملکولهای سلولی مثل DNA و پروتئین ها متصل شده و اثر سیتوتوکسیک ایجاد کنند، زیرا همانندسازی، سنتز RNA و تقسیم سلولی و migration cell را مختل می کنند. بنابراین ایجاد رادیکالهای آزاد ضمن متابولیسم AED می تواند یک مکانیسم علی البدل باشد که به وسیله آن ناهنجاریهای مادرزادی در خانمهای مصروع زیاد می شود. در متابولیسم فنی توین، حد واسط های رادیکال آزاد تولید می شوند. در مطالعات حیوانی، پیش مداوای موش های حامله با ترکیباتی که باعث کم شدن رادیکالهای آزاد فنی توین می شوند باعث کم شدن تعداد شکاف کام و لب شکری در نوزادان آنها شده است. به علاوه عقیده بر این است که گلوکوتایون حد کورن و گاتهای غیر سمی، فاقد سمیت می کند.

مطالعات نشان داده اند که موادی که تولید گلوکوتایون را مهار می کنند میان آسیب جنین توسط فنی توین را افزایش می دهند. بعضی از جنین ها ممکن است مقدار آنزیمهای جاروب کننده رادیکالهای آزاد را کم داشته باشند و لذا در آنها به علت نقص های ژنتیکی مقدار رادیکالهای آزاد خودی زیادتر باشد که این جنین ها ممکن است بیشتر در معرض خطر نقص های مادرزادی باشند. پلی تراپی به خاطر اثرات تجمعی روی ناهنجاریهای مادر زادی داشته باشد.

اثرات آنتی فولات AEDs نیز می تواند در ناقص الخلقه زایی آنها دخیل باشد. AEDs میتوانند غلظت خونی فولات را از طریق افزایش سرعت متابولیسم فولات در کبد کاهش دهند. در خانمهایی که مبتلا به صرع نیستند کمبود فولات همراه با نتایج سوء حاملگی و ناهنجاریهای جنینی مثل نقص های مجرای عصبی و Ventricuseptal می باشد. در خانمهای حامله مبتلا به صرع، کمی غلظت فولات در گلبولهای قرمز همراه با افزایش میزان ناهنجاری در بچه های آنها بوده است ولی کمبود اسید فولیک نمی تواند توضیح کافی برای این مورد باشد زیرا فنی توین و باربیتورانها بیشترین تاثیر را در ایجاد کمبود اسید فولیک دارند در حالی که کمترین خطر برای نقص های مجرای عصبی ایجاد می کنند. در حالی که والپروات و کاربامازپین که بیشترین میزان نقص های مجرای عصبی را دارند کمترین اثر را روی پارامترهای مقداری اسیدفولیک دارند. مکمل فولات با دوز ۰/۴ میلی گرم در روز خطر نتایج سوء جنینی را در خانمهای بدون صرع کاهش می دهد.

برای کم کردن خطر neural tube defects مکمل فولات باید بین روزهای ۱ و ۲۸ آبستنی که زمان بسته شدن neuropore خلفی لوله عصبی است مصرف شود. سالم بودن آن خانمهایی که داروهای ضد صرع دریافت می کنند نا معلوم است. بعضی از محققین عقیده دارند که خانمهای تحت درمان با AEDs، تا موقعی که تجربیات بالینی کنترل شده نشان دهند که اسیدفولیک موثر بوده و بدون هر گونه اثر سوء روی جنین است نباید عموماً با دوزهای بالای اسیدفولیک درمان شوند. مصرف اسیدفولیک می تواند فعالیت آنزیم های میکروزومی کبدی را افزایش داده و غلظت AED را پایین بیاورد. کالچ مامایی و زنان آمریکا می گوید که به نظر مناسب می رسد که زنان تحت درمان با AEDs که به طور ویژه ای در خطر نقص لوله عصبی هستند (یعنی والپروات و کاربامازپین دریافت می کنند) دوز اسیدفولیک معادل ۴ میلی گرم در روز قبل از



حاملگی دریافت کنند. علی رغم دلیل واضح برای سودمندی در این افراد، دیگران روزانه ۴ تا ۵ میلی گرم مکمل فولات به مدت سه ماه قبل از حاملگی و در طول سه ماهه اول توصیه کرده اند.
رفرنس:

دکتر مرتضی ثمینی گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

بررسی نحوه کنترل تشنج در دوران بارداری

*را حله محسنی: کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه-عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی کاشان Nu.mohseni@gmail.com

آزاده صفا: کارشناس پرستاری - مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

سابقه و هدف: تشنج در دوران بارداری وضعیت بسیار خطرناکی است که با بالا رفتن فشار خون مادر صورت می گیرد و در نیمه ی دوم بارداری اختلالات زیادی را ایجاد می کند. در واقع شایع ترین مشکل عصبی می باشد که نیاز به درمان مداوم دارویی در طول بارداری دارد. طبق بررسی های صورت گرفته تقریباً ۵ درصد از مادرانی که برای اولین بار باردار می شوند به این بیماری مبتلا می شوند که نه تنها برای مادر در دسرساز است بلکه سلامت جنین را نیز تهدید می کند. نگرانی اصلی در رابطه با تشنج حین بارداری خطرات ناشی از تشنج کنترل نشده برای مادر و جنین و اثرات مضر آن بر رشد جنین می باشد. اگرچه در اکثر موارد تشنج کنترل می شود اما در برخی افراد فرآیند بارداری خود می تواند باعث بدتر شدن تشنج شود.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه مروری می باشد، که با جمع آوری داده ها از مقالات مرتبط و پایگه داده های در دسترس انجام شده است.

یافته ها: علل تشنج در بارداری شامل تومورهای مغزی، صرع، تب شدید، نارسایی کلیه، افت شدید قند خون، مسمومیت ها، مننژیت و مسمومیت حاملگی می باشد که هر یک از علل، درمان مطلوب خود را می طلبد. باید پیش از بارداری علت اصلی تشنج مشخص شود چون بارداری ریسک آن را افزایش می دهد. همچنین عوامل مختلفی که در حاملگی وجود دارد می تواند اثرات منفی در حملات تشنجی داشته باشند (جدول ۱) که باید مورد توجه و بررسی قرار گیرند از جمله: عوامل عاطفی و رفتاری شامل خواب ناکافی، نحوه رعایت پروتکل درمانی و عواملی مانند تهوع و اسهال.

روش مقابله با تشنج در دوران بارداری اهمیت زیادی دارد. در کسانی که سابقه تشنج داشته اند، بسیاری از داروهایی که پیش از بارداری استفاده می کرده اند در دوران بارداری قابل استفاده نمی باشند. معمولاً غلظت تمام داروهای ضد صرع در خون طی دوران بارداری کاهش می یابد. دستورالعمل موجود و پذیرفته شده برای درمان تشنج در زنان باردار مونوتراپی با کم ترین دوز موثر دارو می باشد. همچنین گفته شده است که تا حد امکان باید از داروی والپروات سدیم، به دلیل اثرات بالقوه ی آن بر رشد جنین، پرهیز شود.

در واقع کنترل تشنج یک فرایند پیچیده در زنان باردار می باشد. و بهتر است که با روش هایی ساده، از بروز تشنج در دوران حاملگی پیشگیری کرد، برخی از این اقدامات شامل کاهش وزن در زنان چاق، کنترل و بررسی وضعیت قند خون در بیماران با سابقه ی دیابت حاملگی یا بیماری دیابت نوع یک و ۲، کاهش



مصرف نمک و چربی، خودداری از مصرف غذاهای آماده و کم محتوا. به علاوه با مصرف میوه و سبزی تازه و ورزش مداوم و آهسته، قبل از اقدام به بارداری می توان راهی هموار برای دوران بارداری مهیا کرد.

نتیجه گیری: مکانیسم های متعددی در طی بارداری ممکن است منجر به بدتر شدن وضعیت در بیماران مبتلا به تشنج شود که در این رابطه باید آموزش های لازم به بیمار و خانواده ی او جهت پیشگیری و کنترل داده شود. همچنین باید توجه داشت که در هر فرد با توجه به شرایط فردی وی باید میزان دوز داروها توسط پزشک معالج تعیین شود.

۱- عوامل موثر در کنترل حملات تشنج طی بارداری

عوامل رفتاری

احساسات (مثبت / منفی)

مشکلات روانی اجتماعی

خواب ناکافی

ترس از عوارض تشنج، به ویژه در مرحله درد و زایمان

نگرانی در مورد ایمنی تغذیه با شیر مادر

تصورات غلط در مورد انتقال اختلال

نگرانی در مورد عوارض جانبی بر رشد جنین

عدم رعایت درمان

تغییرات فیزیکی

تهوع و استفراغ

خستگی

گرفتگی عضلات پا

تغییر سطح هورمون ها

تغییرات فارماکوکینتیک داروهای ضد صرع

کاهش جذب روده ای

افزایش حجم توزیع

افزایش متابولیسم

افزایش کلیرنس کلیوی

بررسی خصوصیات دموگرافیک و روشهای پیشگیری از بارداری در زنان مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس در شهرستان اردبیل در سال ۹۰

مهناز آذری*^۱، نازیلا وثوقی^۲، دکتر گیتی رحیمی^۳، پیروش دباغ اویسی^۴

^۱*- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی - مدیریت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل -

mahnaz380@yahoo.com

^۲ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری - مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۳ - متخصص زنان زایمان - عضو هیئت دانشگاه علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۴ - کارشناس پرستاری - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

سابقه و هدف: بیماری ام اس از بیماریهای عصبی ناتوان کننده مخصوصا در خانمهای سنین باروری بوده و موضوع بارداری در بیماران ام اس از دیرباز از موضوعات چالش برانگیز می باشد. هرچند توصیه به جلوگیری از بارداری در مبتلایان به ام اس نیاز به بازبینی دارد اما زنان مبتلا به ام اس اغلب به جلوگیری از بارداری تشویق می شوند. بررسی خصوصیات دموگرافیک و تعیین روشهای پیشگیری از بارداری در بیماران مبتلا به ام اس در استان اردبیل هدف پژوهش حاضر می باشد.

مواد و روش ها: در پژوهش توصیفی حاضر، جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به MS در شهرستان اردبیل می باشد. از کل ۴۳۰ خانم مبتلا، تعداد ۳۱۰ نفر متاهل و دارای همسر بودند که ۱۹۵ داوطلب وارد مطالعه شدند. ابزار گرد آوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته ای بود که شامل متغیرهای: (سن، جنس، تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری، سابقه خانوادگی، تعداد فرزندان، روش زایمان، روش پیشگیری از بارداری و دلیل انتخاب روش پیشگیری) بود. پس از کسب اجازه از بیماران، سوالات از طریق مصاحبه تلفنی توسط مسئول بیماریهای خاص جمع آوری و داده ها وارد نرم افزار SPSS گردید و از طریق آمار توصیفی (میانگین و درصد و فراوانی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته: نتایج نشان داد که مبتلایان در محدوده سنی ۲۷-۴۳ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۳۱/۴۷±۸/۳۱ می باشد. در ۵/۲% بیماران سابقه مثبت خانوادگی وجود داشت. ۹۵% خانه دار، ۶۹/۳% تحصیلات زیردپلم داشتند. مدت ابتلا به بیماری در ۴۳% از بیماران زیر یکسال و در بقیه از ۱ تا ۱۳ سال



متغیر بود. ۶۴/۴% دارای ۲ فرزند و ۱۴/۶% فرزندى نداشتند. ۹۴/۷% بیماران زایمانشان از طریق C/S بوده است. اکثر بیماران (۸۵/۸%) از روش پیشگیری طبیعی استفاده می نمودند. ۷/۰۱% از IUD و ۷/۰۱% همسرشان وازکتومی نموده بودند. ۸۷/۹% آنان اظهار کردند که علت عدم استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری ترس از تاثیر روشهای پیشگیری از بارداری بر روی روند بیماری می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش که اکثریت واحدهای پژوهش در سنین باروری قرار داشتند از روش طبیعی جلوگیری از بارداری که روش مطمئنی نمی باشد استفاده می نمودند توجه به بهداشت باروری آنان اهمیت ویژه ای دارد. لذا دادن آموزش های لازم در مورد روشهای مدرن و مطمئن پیشگیری از بارداری در این بیماران لازم و ضروری بنظر میرسد. و توصیه می گردد این بیماران حتما تحت مشاوره متخصصین گروه زنان قرار بگیرند.

کلمات کلیدی: مولتیپل اسکروزیس، روش پیشگیری، خصوصیات دموگرافیک

درمان میگرن در بارداری

دکتر فروزان الیاسی؛ استادیار روانپزشکی گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

E-mail: Forouzan.el@gmail.com

چکیده

میگرن در زنان سنین باروری شایع می باشد. اگرچه میگرن اغلب در دوران بارداری به علت افزایش استروژن بهبود می یابد اما تعدادی از زنان ممکن است میگرن با شدت متوسط و یا میگرن شدیداً ناتوان کننده را در دوران بارداری تجربه نمایند و ممکن است نیاز شود جهت درد، تهوع و استفراغ درمان های دارویی دریافت نمایند. دانش پزشکان درباره نحوه درمان میگرن در بارداری مهم است و این موضوع مصرف ترکیبات ضد درد بدون نسخه، دهیدراتاسیون و ناتوانی ناشی از درد را به حداقل میرساند. داروهای مؤثر و ایمن و درمان های غیر دارویی جهت زنان باردار دچار سردرد وجود دارد. این درمان ها شامل هم درمان در مراحل حاد و هم درمان های پیشگیری کننده می باشند. مراقبت از زنان باردار مبتلا به سردرد باید قبل از اینکه بیمار بداند باردار است آغاز شود. برنامه ریزی قبل از بارداری شامل استفاده از رژیم های دارویی مناسبی است که در خلال مراحل اولیه بارداری که بیمار هنوز نمی داند باردار است ایمن باشد. در ضمن لازم است از درمان های غیر دارویی مؤثر مثل آرامسازی، بیوفیدبک و تعدیل شیوه زندگی بهره گرفت.

کلمات کلیدی: میگرن؛ بارداری؛ درمان دارویی؛ درمان غیر دارویی



سردرد در بارداری: فیزیولوژیک یا پاتولوژیک؟

نویسندگان: نحله پرنده‌آور*^۱، زهرا یزدانپناهی^۲، سوسن ساعت ساز^۳

* ۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)
دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران

۳- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، آمل، ایران

Shaghayegh_ne.2001@yahoo.com

مقدمه

سابقه و هدف: سردرد از شایعترین مشکلات عصبی دوران بارداری است که شدت آن از خفیف تا شدید متغیر است؛ و گاهی موجب ناراحتی و آزار زیادی برای مادر باردار می شود. انواع گوناگونی از سردرد وجود دارد که بیشتر آنها ناشی از تغییرات فیزیولوژیک این دوران بوده و همراه با نگرانی زیاد نیستند چنانچه عوامل مختلفی در بروز آنها دخیل بوده که قابلیت مداخله داشته و به بهبود عارضه کمک خواهند کرد، اما آنچه مهم است موارد پتولوژیکی خواهد بود که در بیشتر موارد نادیده گرفته شده و بعنوان یک شکایت شایع قلمداد می گردد که مورتالیتی و موربیدیتی زیادی در مادران باردار ایجاد می نماید، اما چالشها و ضعفهای زیادی برای شناسایی زنان نیازمند بررسی بیشتر وجود دارد که بتواند به شناسایی بموقع این موارد خطرناک بپردازد.

مواد و روش: در طی این مطالعه مروری بیش از ۴۶۳ مقاله مرتبط با سردرد در جدیدترین منابع اینترنتی و کتابخانه ای یافت شد که از این میان ۵۸ مورد آن بدلیل تناسب بیشتر با موضوع مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: سردردهای خوش‌خیمی چون سردرد تنشی که به علت تغییرات هورمونی و تغییرات جریان خون مغز به خصوص در سه‌ماهه اول بارداری بروز و با افزایش سن بارداری به مرور کم می‌شوند در بیش از ۶۳/۷٪ از مادر بروز می‌کند. در جایگاه دوم این شکایت سردرد های میگرنی قرار دارد که براساس بررسی های انجام شده در بیش از نیمی از مبتلایان در دوران بارداری بهبود یافته و یا با شدت کمتری بروز می‌کند. سردردهای صاعقه وار اگرچه بسیار ناشایع بوده اما عوامل مختلفی در بروز آنها دخیل بوده که گاهی می‌توانند پیشگویی کننده عوارض عروقی و غیرعروقی و نورالژیهای عصبی - جمجمه ای و روانی باشند. پره اکلامپسی، افزایش فشار داخل مغزی افزایش پیشرونده فشارخون و بروز حملات ایسکمیک، وقایع ترومبوتیک و هموراژیک عروقی، توهومات بینایی وقایع شومی خواهند بود که ابتدایی ترین علامت آنها بعنوان یک علامت فیزیولوژیک قلمداد می‌گردد. در مطالعات انجام شده میگرنهای توام با اورا می‌توانند عامل خطری برای حمله، بیماری قلبی و مرگ ناشی از ضایعات عروقی باشند. ترومبوزهای عروقی مغزی با علامت شایع سردرد



علی رغم شیوع کمتر از ۱% بعنوان یک وضعیت با پیش آگهی ضعیف در بارداری است که اغلب در بیماران مبتلا بدلیل عدم توجه، دیرهنگام تشخیص داده می شود.

نتیجه گیری: اگرچه بیشتر سردردها در دوران بارداری خوش خیم هستند اما از آنجایی که علامتی از شرایط تهدیدکننده حیات هستند نیاز به توجه بیشتر برای شناسایی زودهنگام این عوارض ضروری است و انجام پروتکل اجرایی ارجاع به نورولوژیست جهت اقدامات لازم برنامه ایست که باید مدنظر تمامی پرسنل کادر بهداشتی - درمانی قرار گیرد. آموزش به مادر جهت بکارگیری اقدامات خودمراقبتی در جهت کاهش فاکتورهای تشدیدکننده سردرد نظیر استرس و فشارهای عصبی و استعمال دخانیات از مواردی است که باید بعد از رد عوارض پاتولوژیک بکار گرفته شود.

کلمات کلیدی: سردرد، بارداری، اختلالات عصبی، میگرن



ترومبوزهای عروق مغزی و بارداری

نویسندگان: نحله پرنده‌آور^{۱*}، زهرا یزدانپناهی^۲، مه‌ری رضایی^۳

* ۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران

۳- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Shaghayegh_ne.2001@yahoo.com

مقدمه

سابقه و هدف: ترومبوزهای عروق مغزی در کمتر از ۱٪ جمعیت که دچار حمله شده اند رخ می دهد شایعترین سن بروز این حملات ۳۰-۴۰ سالگی بوده و زنان در معرض بیشترین خطر هستند. بیشترین موارد این ترومبوزها در دوران بارداری، لیبر، سقط و در مصرف کنندگان کنتراستپتیوهای خوراکی دیده می شود. مورتالیتی و موربیدیتی این عارضه در مادران باردار بالا است؛ بدین دلیل که تغییرات عروقی فیزیولوژیک دوران بارداری پدیده های ایجاد ترومبوز را تسریع می نماید. این مطالعه با هدف علل زمینه ساز، علائم و پیش آگهی بیمار انجام شده است.

مواد و روش ها: این تحقیق مروری از مقالات معتبری که در ارتباط با ترومبوزهای عروق مغزی و بارداری از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ منتشر شده است استخراج گردید.

یافته ها: مطالعات نشان میدهد که اکثر این اختلالات سیستم شریانی را درگیر می کند و بصورت نقص نورولوژیک ناگهانی در اثر آمبولی یا انسداد تعریف می شود. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (۲۰۰۷) برآورد کرده اند که در سال ۲۰۰۵، ۰/۸ درصد تمام زنان ۱۸-۴۴ ساله دارای سابقه سکته مغزی بوده اند. همچنین این مرکز اعلام می کند در سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۹ ترومبوزهای مغزی که منجر به سکته مغزی شده اند عامل ۵٪ از ۴۲۰۰ مورد مرگ مادری مرتبط با حاملگی در ایالات متحده بوده است. همچنین ترومبوزهای عروق مغزی ممکن است تظاهرات بالینی متفاوتی را در طول بارداری یا دوره پس از زایمان داشته باشند که گاهی بعنوان یک تغییر فیزیولوژیک این دوران قلمداد می شود. براساس مطالعات انجام شده در ۸۵/۷٪ از موارد زنان حامله مبتلا عواملی نظیر دهیدراتاسیون، عفونت و اختلالات عروق مغزی بعنوان عوامل پیشگویی کننده مطرح شده است. بررسی های زیادی نشان داده اند که سردردهای میگرنی توام با اورا، افزایش فشارخون در بارداری، تشنجات ناشی از اکلامپسی و وجود اترواسکلروز در عروق، افزایش وزن و چاقی نیز زمینه ساز وقوع چنین وقایعی هستند. سردرد شایعترین علامت این عارضه است که در بیشتر موارد نادیده گرفته شده و بعنوان یک شکایت شایع قلمداد و هنگام درمان و با آن بعنوان یک سردرد خوش خیم برخورد میشود. در جایگاه دوم این شکایت علائمی چون تشنج، تهوع و استفراغ شدید بارداری (هیپرامیسیس)، افزایش و علائم فوکال نورولوژیک و در نهایت انفارکتوس های مغزی وجود دارد. ترومبوزهای

عروق مغزی علی رغم شیوع کمتر از ۱% بعنوان یک وضعیت با پیش آگهی ضعیف در بارداری است و سیربالینی در آن قابل پیش بینی نیست. مرگ و میر در مبتلایان بیش از ۱۵ - ۳۰% است و افرادی که زنده می مانند میزان عود در حاملگی بعدی و حتی در وضعیت غیربارداری ۱-۲ درصد است.

نتیجه گیری: با توجه به اعلام اداره سلامت مادران وزارت بهداشت مبنی بر وقوع ۲ مورد مرگ مادری در اثر ترومبوزهای عروق مغزی در سال ۸۹ و همچنین اعلام اداره تنظیم خانواده این وزارت مبنی بر وقوع بیش از ۳۰ مورد مرگ بدلیل سکتة های مغزی بدنبال مصرف کنتراسپتیوها توجه با علائم اولیه این بیماریها بسیار ضروری می باشد. لازم به ذکر است اگرچه بیشتر سردردها در دوران بارداری خوش خیم هستند اما از آنجایی که علامتی از شرایط تهدیدکننده حیات هستند توجه شناسایی زودهنگام این عوارض ضروری است. توجه به پروتکل اجرایی ارجاع به نورولوژیست جهت اقدامات بهنگام آنان برنامه ای است که از سوی وزارت بهداشت کشور ما اعلام شده است و توجه تمامی پرسنل کادر بهداشتی - درمانی را می طلبد که ضمن آموزش به مادر جهت بکارگیری اقدامات خودمراقبتی در جهت کاهش فاکتورهای زمینه ساز سردرد به علائم بیماری نیز توجه نموده و به موقع بیمار را به پزشک ارجاع نمایند..

کلمات کلیدی: ترومبوز عروق مغزی، سردرد، بارداری، مرگ و میر در بارداری



گزارش یک مورد آنسفالوپاتی ورنیکه در بارداری

دکتر زلیخا عطارد، جراح و متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

سندرم ورنیکه کورساکوف شناخته شده ترین عارضه نورولوژیک در اثر کاهش تیامین (ویتامین B1) است. دو سندرم مختلف که در مراحل بیماری ظاهر میشود شامل:

۱- آنسفالوپاتی ورنیکه (WE) که در سال ۱۸۸۱ توسط کارل ورنیکه توصیف شد یک سندرم حاد است که با کنفوزیون مغزی، افتالموپلژیا و gait ataxia مشخص میشود و باید سریعاً درمان شود تا از مرگ و مریدیتی نورولوژیک پیشگیری شود.

۲- سندرم کورساکوف (KS) یک حالت نورولوژیک مزمن است که معمولاً بدنبال WE رخ میدهد.

شیوع WE در 0/8-2/8% اتوپسی ها در جمعیت کلی دیده می شود.

WE همراه با موارد زیر دیده میشود: الکلیسم مزمن، انورکسیا نورزا، هایپر آمیزس بارداری، تغذیه ی وریدی طولانی مدت بدو ن مکمل خاص ، گرسنگی طولانی ، تغذیه ی نا متعادل، جراحی در سیستم گوارش، بدخیمی، پیوند ، همودیالیز و سندرم نقص ایمنی.

تیامین یک کوفاکتور برای چند آنزیم کلیدی در متابولیسم انرژی است . نیاز به تیامین بسته به میزان متابولیک است . بزرگترین نیاز طی نیاز متابولیک با لا و جذب بالا ی گلوکز است در بیماران مشکوک به WE تجویز وریدی گلوکز قبل از مکمل تیامین آنسفالوپاتی ورنیکه را تسریع می کند . مشخص نیست که کمبود تیامین چگونه موجب ضایعات مغزی میشود ولی نقش آن در استفاده ی انرژی مغزی نشان می دهد که کاهش تیامین با مهار متابولیسم در نواحی از مغز که نیاز متابولیک بالا دارد موجب صدمه ی مغزی میشود.

تریاد کلاسیک تظاهرات کلینیکی WE شامل ۱- آنسفالوپاتی ۲- اختلال oculomotor ۳- gait atxia است اما همه ی این تظاهرات فقط در یک سوم بیماران مشاهده میشود. کنفوزیون شایع ترین علامت است و کلاً ابنمالیتی مغزی در ۸۲٪، آتاکسی ۲۳٪، ابنمالیتی موتور ۲۹٪ و پلی نروپاتی ۱۱٪ است . معرفی مورد:

بیمار خانم ۳۰ ساله، بارداری اول و سن حاملگی ۱۸ هفته با کاهش سطح هوشیاری و تهوع و استفراغ شدید بارداری که ۱۰ نوبت بستری و سرم تراپی شده و حدود ۱۵ کیلو گرم کاهش وزن در این مدت داشته است به بیمارستان امام خمینی ساری منتقل که از ابتدا اینتوبه بوده است . مردمک ها میوتیک و واکنش به نور داشت

GCS = 7 علائم حیاتی T=37 /8 PR=134 BP = 130/80

بیمار در سرویس داخلی پذیرش شد و در بدو مراجعه آمپول Bcomplex داخل هر لیتر سرم آغاز شد
 آزمایشات اولیه WBC=10000 HB=10 PLT=135000 SGOT=116 SGPT=101
 BS=379 BIL=5/1(D=2/1) LDH=1167 PT=13 PTT=30 INR=1/1
 NA=169 K=2/2 BUN=22 CR=0/7 uric acid=2/5 ALB=3 ALP=183

مشاوره ی زنان، مسمومیت، روماتولوژی، ریه، جراحی و نورولوژی درخواست شد
 در مشاوره ی زنان جهت ختم بارداری میزوپروستول واژینال هر ۶ ساعت تجویز شد
 در مشاوره ی جراحی به علت تندرست و ریباند ژنرالیزه شکمی با تشخیص احتمالی سپسیس تحت
 لاپاراتومی تجسسی قرار گرفت که نرمال بود در مشاوره ی مسمومیت آلکلوز تنفسی مطرح و نیاز به اقدام
 خاصی نداشت

در مشاوره ی روماتولوژی تست های اتوایمیون درخواست شد که نرمال بود و مشاوره غدد به علت BS بالا
 تحت درمان با انسولین قرار گرفت و به علت TFT مختل لووتیروکسین تجویز شد و به علت هایپر ناترم ی
 گاوژ آب صورت گرفت

از فردای روز پذیرش به علت افت پلاکت در حد ۵۰۰۰۰ و مشاهده شیستوسیسیت ۱-۲٪ با تشخیص
 احتمالی TTP با مشاوره ی هماتولوژیست از تاریخ ۹۰/۱۰/۱۹ تا ۹۰/۱۰/۲۵ تحت پلاسمافرزیز قرار گرفت
 در مشاوره ی نورولوژی: LP انجام شد که نرمال بود Brain CTScan نه نرمال بود و MRI بعد از Stable
 شدن بیمار توصیه شد که در تاریخ ۹۰/۱۱/۱ انجام شد که نواحی هایپوسینگنال در اطراف بطن سوم مدیال
 تالاموس وجود داشت که قویا مطرح کننده ی سنروم ورنیکه ی کورساکوف می باشد
 در مشاوره ی ریه به علت تب و پلورال افیوژن دو طرفه با تشخیص پنومونی متروئیدازول و آمپیسیلین قطع
 و ایمی پنم و ونکومایسین و سیپروفلوکساسین آغاز شد

به علت هیپو منیزیومی سولفات منیزیوم وریدی ۴ سی داخل هر لیتر سرم و جهت تنظیم پتاسیم KCL
 وریدی روزانه تنظیم میکردید. کلسی ترول روزانه ۰/۲۵

از تاریخ ۹۰/۱۰/۲۷ قرص ویتامین B1 ۳۰۰mg روزانه گاوژ میشد و از تاریخ ۹۰/۱۰/۳۰ روزانه ۱۰ عدد
 Bcomplex، سطح هوشیاری بیمار به تدریج بهبود یافت و از ۹۰/۱۰/۲۶ پاسخ به محرک دردناک داشت
 در تاریخ ۹۰/۱۱/۱۱ بیمار extube شد نیستا گموس در سمت افقی و عمودی و پاسخ کلامی هیپوتون
 داشت رژیم خوراکی پرپتاسیم دریافت میکرد و در نهایت با تشخیص قطعی سندرم ورنیکه کورساکوف با
 دستورات دارویی vitamin B1 300 mg/BD و قرص folic acid 5mg و قرص levo thyroxine
 روزانه و قرص calcitrol 25 mg مرخص شد.

بحث

تشخیص اولیه آنسفالوپاتی ورنیکه یک تشخیص کلینیکی است. تست های آزمایشگاهی و تصویر برداری نیز
 کمک کننده می باشد.



بزرگترین مانع در تشخیص زمانی است که همه علائم کلینیکی وجود ندارد و بیمار الکلیسم نمی باشد. سایر علائم همراه با تریاد کلاسیک stupor یا کما، هیپوتانسیون و هیپوترمی می باشد. WE باید در تمام بیماران با دلیریوم و آلتکسی حاد مطرح شود. کریتری های caine شامل کمبود تغذیه ای، ابرنمالیتی oculomotor، اختلال مغزی و سایر حالات تغییر یافته مغزی یا اختلال خفیف حافظه می باشد و هرگاه دو مورد از چهار مورد فوق وجود داشته باشد تشخیص WE داده میشود. تست های آزمایشگاهی دیاگنوستیک وجود ندارد اما اندازه گیری ETKA قبل و بعد از اضافه کردن تیامین پیروفسفات به طور قابل اعتمادی کمبود تیامین را مشخص می کند اما این تست به راحتی به خصوص در حالت اورژانس در دسترس نمی باشد اندازه گیری تیامین یا TPP در سرم یا خون کامل نیز می تواند اندازه گیری شود اما حساسیت و اختصاصیت این تست ها مشخص نیست نتایج این تست ها در نیاز به درمان بیماران لحاظ نمی شود چون با تشخیص WE بلافاصله درمان باید شروع شود بیماران با WE برای موارد توکسیک و متابولیک که منجر به دلیریوم می شود باید تست های دیگری انجام شود LP معمولاً نرمال است یا افزایش خفیف پروتیین را نشان می دهد. EEG در نصف بیماران ابرنمالیتی نشان می دهد تصویربرداری در همه ی بیماران لازم نیست و تنها جهت رد کردن سایر علل و تشخیص های افتراقی دیگر است CTScan نرمال تشخیص را رد نمی کند و MRI حساس تر است و یافته های آن شامل افزایش سیگنال T2 و کاهش سیگنال T1 در Aqueduct و بطن سوم و داخل تالاموس میانی و Mamillary bodies است تست های تشخیصی نباید درمان را به تاخیر بیندازد و درمان باید بلافاصله بعد از تشخیص شروع شود تجویز 500mg تیامین وریدی انفوزیون میشود طی ۳۰ دقیقه ۳ بار در روز برای دو روز متوالی و 500mg وریدی یا عضلانی روزانه تا ۵ روز تجویز خوراکی روزانه 100mg تیامین بعد از کامل شدن درمان تزریقی و بعد از مرخص شدن از بیمارستان تا زمانیکه بیمار به مدت طولانی در خطر در نظر گرفته نشود جهت پیشگیری از WE تیامین قبل یا در طی دریافت گلوکوز به خصوص در افرادی که در خطر کمبود تیامین هستند باید همزمان تجویز شود و در افراد پر خطر به خصوص الکلی ها روزانه 100mg تیامین تجویز شود

