

مقدمه

به دهمین ویرایش کتاب زنان و مامایی دنفورث خوش آمدید. از ۴۲ سال پیش که اولین ویراست این کتاب منتشر شد، به عنوان درسنامه‌ای معتبر مورد استقبال گسترده پزشکان، دستیاران و دانشجویان پزشکی، قرار گرفت. ویراست‌های پیشین به چندین زبان ترجمه شد و خوانندگان فراوانی از سرتاسر کره زمین پیدا کرد. به موازات تغییرات مداوم دانش پزشکی، ما نیز تغییرات مهمی در ویراست دهم به عمل آوردیم. مباحث مهم جدیدی به کتاب اضافه شده‌اند، به ویژه مبحث مرده‌زایی، و استرپتوکوک‌های گروه B و یک بخش کاملاً جدید درباره جراحی بازسازی لگن. برای جذب تر کردن متن، تصاویر کتاب را دورنگ کرده‌ایم و یک اطلس تمام رنگی هم به کتاب افزوده‌ایم. در وب سایت کتاب، خریداران به فول تکست کتاب شامل تصاویر و جدول‌ها دسترسی دارند. هدف ما همواره ارائه جدیدترین اطلاعات دانش و حرفه زنان و مامایی در قالب یک درسنامه تک جلدی بوده است. درسنامه‌ای که بسیار روان، مبتنی بر شواهد معتبر و کاملاً خواندنی باشد.

همچنین خوشحالیم که در ویراست دهم، ویراستاری جدیدی به ما پیوسته است، دکتر اینگرید، نگارگر، استاد زنان و مامایی در بخش اورژانس اورژانس و جراحی بازسازی لگن، در دانشگاه اوتا، دکتر نگارگر، جایگزین دکتر جیمزاسکات شد که از ویراست پنجم تا دهم به عنوان ویراستار با ما همکاری داشت. همچنین بسیار خوشحالیم به مؤلفان جدید خود خوشامد بگوییم، همگی آنان افرادی صاحب‌نظر در حوزه کاری خود هستند. از مؤلفان قبلی نیز سپاسگزاریم که در روزآمد کردن فصل‌های خود تلاش زیادی کردند. نیک می‌دانیم که با فشار کاری دپارتمان‌های آموزشی در این دوره، نوشتن یک فصل از یک درسنامه، کاری بس طاقت‌فرساست که صرفاً با عشق و تعهد به آموزش و ترجمان تجربه بالینی در قالب نوشتار، حاصل می‌شود.

همچنین مایلیم از همکاری کارکنان اداری خود عمیقاً سپاسگزاری کنیم که سعی و تلاش زیادی در آماده‌سازی این کتاب به عمل آوردند: مایکل نلسون در دانشگاه کلرادو، و فیلیس لویز در مرکز پزشکی سدرس سینایی. سرانجام انتشار این کتاب بدون تبحر و سازمان‌بندی ویراستاران ارزشمندمان، سونیا سیگانیوز و رایان شاو در انتشارات لپینکات، جامعه عمل نمی‌پوشید. در پایان آرزوی موفقیت و رضایت‌مندی برای تمام پزشکان و ماما‌هایی داریم که در حرفه زنان و مامایی به کار مشغولند.

دکتر رونالد گیبس

دکتر بت کارلین

دکتر آرتور هانی

دکتر اینگرید نگارگر

سخن مترجم

دانش زنان و مامایی با توسعه روز افزون و دستیابی به مرزهای نوین مهارت و تجربه، تندرستی هر چه بیشتر زنان و کودکان را موجب شده است بالاخص روش‌های نوین در طب مادری و جنین به ارتقاء روز افزون طب مامایی انجامیده است. چاپ دهم کتاب زنان و مامایی دنفورث هم اکنون با ترجمه‌ای روان و دقیق به جامعه پزشکی کشور تقدیم می‌شود. این کتاب با ارائه راهکارهای بالینی و عمل گرایانه در طب زنان و مامایی جایگاه خاصی را برای ارتقای مهارت‌های دستیاران، دانشجویان، پزشکان، ماماها و پرستاران بوجود آورده است. امید است مطالعه این کتاب موجب ارتقاء اطلاعات و افزایش کیفیت خدمات تخصصی زنان و مامایی گردد. در پایان از سایر همکاران مترجم آقایان دکتر بهنام بوذری، دکتر امین جلیلی‌راد، دکتر سقراط ناظم و خانم دکتر سارا رزاقی، دکتر نادیا فنجانی جدیدی تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دکتر مهرناز ولدان

متخصص زنان و زایمان

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فهرست مطالب

فصل ۱ - مراقبت‌های پیش از زایمان (پره‌ناتال).....	۹
فصل ۲ - زایمان طبیعی، وضع حمل، مراقبت از نوزاد تازه متولد شده و دوران نفاس.....	۳۶
فصل ۳ - تسکین درد (دردبری) و بی‌حسی در زایمان.....	۶۰
فصل ۴ - شکست زودهنگام بارداری.....	۸۱
فصل ۵ - حاملگی نابجا.....	۹۴
فصل ۶ - ژنتیک در زنان و زایمان.....	۱۱۴
فصل ۷ - تشخیص قبل از تولد (پره‌ناتال).....	۱۴۲
فصل ۸ - داروها و حاملگی.....	۱۵۶
فصل ۹ - سونوگرافی در مامایی.....	۱۷۶
فصل ۱۰ - ارزیابی سلامت جنین.....	۱۹۴
فصل ۱۱ - زایمان پیش از موعد و زایمان پس از موعد.....	۲۱۱
فصل ۱۲ - پارگی زودرس غشاها.....	۲۳۷
فصل ۱۳ - محدودیت رشد داخل رحمی.....	۲۵۱
فصل ۱۴ - حاملگی چند قلو.....	۲۷۷
فصل ۱۵ - دیابت شیرین و حاملگی.....	۳۱۰
فصل ۱۶ - اختلالات پرفشاری خون در حاملگی.....	۳۲۴
فصل ۱۷ - عوارض طبی و جراحی بارداری.....	۳۴۸
فصل ۱۸ - اختلالات ایمنی در حاملگی.....	۳۹۶
فصل ۱۹ - عفونت‌های پری‌ناتال و مامایی.....	۴۲۹
فصل ۲۰ - ویروس نقص ایمنی انسانی.....	۴۵۹
فصل ۲۱ - جفت سرراهی و کنده‌شدن جفت.....	۴۸۵
فصل ۲۲ - بریچ، سایر نمایش‌های نامناسب، و مشکلات بند ناف.....	۵۰۵
فصل ۲۳ - مرده‌زایی و مرگ داخل رحمی جنین.....	۵۲۹
فصل ۲۴ - عوارض زایمان.....	۵۴۶
فصل ۲۵ - عوارض وضع حمل.....	۵۷۲
فصل ۲۶ - زایمان واژینال با وسایل کمکی.....	۵۸۳
فصل ۲۷ - زایمان سزارین.....	۶۱۹
فصل ۲۸ - بیماری‌های روانی حاملگی و دوره بعد از زایمان.....	۶۳۴
نمایه.....	۶۴۷

می‌دهند در زمانی که مراقبت‌های پیش از زایمان دریافت کرده‌اند، میزان ابتلاء و مرگ و میر جنین، نوزاد و مادر کم‌تر بوده است. مع الوصف مبنای علمی قاطعی برای محتوای مراقبت‌های پیش از زایمان و ارتباط اجزای آن با پیامدهای مثبت این مراقبت‌ها وجود ندارد. با شکوفایی فن‌آوری و کاسته شدن از منابع، بدست آوردن شواهد و مدارک علمی که به اولویت‌بندی مؤلفه‌های مراقبت‌های پیش از زایمان از لحاظ بالینی و مقرون به صرفه بودن کمک کند، اهمیت روزافزونی یافته است. در حال حاضر مناسب‌ترین برنامه و نحوه ارائه مراقبت‌های پیش از زایمان، مورد بحث است. با توجه به تعداد فزاینده ابزارهای ارزیابی پیش از زایمان توافق کنونی بر این است که بهترین شکل مراقبت‌های پیش از زایمان، توجه مستقل به هر بیمار براساس نیازهای خاص وی می‌باشد.

مراقبت‌های پیش از زایمان بر دو جنبه تأکید دارد. نخستین جنبه، اطمینان از رشد و نمو مناسب جنین است. این امر از طریق مشاوره با مادر درباره رفتارهای بهداشتی به همراه ارزیابی‌های آزمایشگاهی و فیزیکی میسر می‌شود. دومین جنبه پیچیده‌تر است و سازگاری جسمی و روانی مادر را در طی حاملگی ارزیابی می‌کند. بسیاری از جنبه‌های آسیب‌شناسی در اثر سازگاری ناکافی و یا بیش از حد ایجاد می‌شوند. پره‌اکلامپسی و دیابت به ترتیب مثال‌های خوبی از این آسیب‌ها هستند. هر دو جنبه مورد توجه - سلامتی مادر و جنین - مشخصاً درهم تنیده شده‌اند. برای پزشکی که با مشکلات پیچیده مواجه می‌شود، گاه حل و فصل هر دو موضوع فوق به تشخیص و درمان بهتر، کمک می‌کند. نمونه آن خانم حامله مبتلا به سرطان یا مادر مبتلا به صرع است. ارزیابی نسبت مضرات به منافع در آزمایش‌ها و معالجات باید از هر دو لحاظ سلامت مادر و جنین انجام گیرد. این

فاصله زمانی بین پی بردن به حاملگی تا زایمان، یکی از بزرگترین مراحل گذار از نظر جسمی و روان‌شناختی است، که یک زن در طی زندگی‌اش آن را تجربه می‌کند. در خلال این ماه‌ها، متخصص زنان، پزشک خانواده یا متخصص مامایی صرفاً نقش مراقبین بهداشتی را نداشته و نقش بسیار سنگین‌تری برعهده دارند. در این میان، وظیفه ما تنها شامل ارزیابی سلامت مادر و جنین، مداخله درمانی، و تلاش در جهت آموزش رفتاری نیست، بلکه راهنمایی و کمک به بیمار در حین مواجهه و عبور آنان از این چالش روان‌شناختی را نیز در بر می‌گیرد. این فصل مروری است بر اصول مراقبت‌های پیش از زایمان، و به مسائل خاص سلامت عمومی زنان در طی حاملگی می‌پردازد.

برای مراقبت‌های پیش از زایمان آیین‌ها و تابوهای خاصی در نسل‌های متعددی وجود داشته است. مؤلفین یونانی پیشنهاد می‌کردند که زنان اسپارتنی در طی حاملگی ورزش کنند تا جنگجویان بهتری به دنیا بیاورند. پزشکان رومی می‌گفتند که حرکات شدید و قدرتی می‌تواند موجب پارگی پرده‌های جنینی شود. در اوایل قرن بیستم معتقد بودند آویزان کردن لباس‌ها بر روی طناب برای خشک شدن، خطر پیچیدن بند ناف دور گردن بچه را افزایش می‌دهد. در ایالات متحده، نخستین برنامه سازمان یافته برای مراقبت‌های پیش از زایمان در سال ۱۹۰۱ و بصورت "مراجعات پرستاری در منزل" شروع شد. اولین درمانگاه پره‌ناتال در سال ۱۹۱۱ تأسیس شد. هدف مراقبت‌های پیش از زایمان اولیه، تشخیص و درمان پره‌اکلامپسی^۱ (مسمومیت حاملگی)، به منظور کاهش میزان مرگ و میر مادران بود. جای تعجب نیست که این تأکید بر سلامت مادر و نوزاد، پیامد مستقیم جنبش حق رأی زنان بود.

تأکید کنونی بر مراقبت‌های پیش از زایمان، ریشه در شواهد تاریخی و بررسی‌های گذشته‌نگری دارد که نشان

۱. توکسمی مراحل انتهایی حاملگی، با هیپرتانسیون، پروتئین اوری preeclampsia و ادم مشخص می‌شود.

فراهم می‌کند. در سراسر جهان، فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌های مختلف، دیدگاه‌های متفاوتی دربارهٔ مراقبت‌های پیش از زایمان دارند، اما بیشتر آنها برای آن ارزش زیادی قائل‌اند. یک خانم ممکن است پاپ اسمیر سالیانه خود را فراموش کند، ولی به ندرت مراجعه برای مراقبت‌های پیش از زایمان را از یاد می‌برد.

مراقبت‌های اولیه و پیش از آبستنی

فلسفه

مراقبت‌های پیش از آبستنی، حاملگی، و پس از زایمان باید جمع‌بندی شده و قابل دسترسی باشند. این مراقبت‌ها که اکثر نیازهای فردی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را مورد توجه قرار می‌دهند، نمایانگر یک ارتباط و همکاری مداوم میان بیمار و مراقب است و در قالب خانواده و اجتماع انجام می‌شود. برای بسیاری از زنان مراقبت‌های حاملگی بعنوان بخشی از یک طیف پیوسته، طی ارتباطی طولانی‌مدت با مراقب بهداشتی انجام می‌شود. اولین جلسه ملاقات ممکن است یک مراجعه پیش از آبستنی باشد و یا پس از حامله شدن زن رخ دهد. اگر زنی قبل از آبستنی مراجعه کرده باشد، پس از حامله شدن وی نیاز به بررسی مجدد بسیاری از موارد وجود ندارد.

محتوای ویزیت پیش از آبستنی

ویزیت پیش از آبستنی یک برنامه هدف‌دار برای زنانی است که برای حامله شدن برنامه‌ریزی می‌کنند و یا قصد دارند در آینده نزدیک حامله شوند. محتوای این جلسهٔ بینابینی شامل شرح حال معاینه فیزیکی حسب نیاز، مداخله و ارزیابی خطر، بررسی‌های آزمایشگاهی انتخابی براساس سن بیمار و نتایج ارزیابی قبل به نحوه تدبیر و کنترل آتی مشکلات طبی و برنامه‌ریزی برای مراقبت می‌باشد. توضیح هدفمند روش‌های جلوگیری از بارداری، پیش‌گیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی، و زمان‌بندی برای لقاح نیز مفید است. تجویز به موقع واکسن‌های معمول، مشاوره آموزشی، و توصیه و راهنمایی این جلسه را کامل می‌کنند.

ارزیابی خطر

یکی از اهداف خاص ویزیت پیش از آبستنی، شناسایی

فصل بر روی تغییرات طبیعی در حاملگی تأکید می‌کند و فصول بعدی با تکیه بر آن به بحث آسیب‌شناسی می‌پردازند. یک زن باردار در طول نه ماه حاملگی می‌بایست جنبه‌های تازه‌ای از هویت خود را تکامل ببخشد. در خودانگاره^۱ او حس تازه‌ای از زن بودن بوجود می‌آید که فراتر از آن چیزی است در جریان بلوغ به آن رسیده بود، و همچنین خودپنداری^۲ مادر بودن در او شکل می‌گیرد. ریباین^۳ در تحقیقات خود دربارهٔ تجربهٔ مادر شدن، وظایف روان‌شناختی جدیدی را برای مادر توصیف می‌کند که با رشد و تکامل زن در نقش تازه‌اش بوجود می‌آیند. این وظایف عبارتند از:

- پذیرش تصویر تازه‌ای از تن‌انگاره، که اغلب با دیدگاه جامعه درباره جذابیت زن در تعارض است.
- پذیرفتن کودکی که در درون بدن او در حال رشد است.
- بازآرایی هویت خود در رابطه با مادر، دوستان، و پدر نوزادی که در راه است.
- یافتن پذیرش و امنیت نمادین برای فرزندش (به عبارت دیگر، ساختن یک خانه جدید).

برای بسیاری از زنانی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، این وظایف، قابل پیش‌بینی و نقش‌های مطلوبی‌اند که سبب احساس رضایت آنها می‌شوند. لکن برای سایر زنان، بعضی یا تمام این مسئولیت‌ها، غیرمنتظره و دشوار جلوه می‌کنند. متخصصین زنان، از طرق متعددی در عبور از این مرحله گذار به مادر کمک کرده و در عین حال همزمان سلامت جسمی هر دو بیمار (مادر و جنین) را تضمین می‌کنند. بسیاری از جنبه‌های مراقبت‌های پیش از زایمان، از نقش اولیه آنها در ارتقای سلامتی به سنی تشریفاتی تبدیل شده‌اند که دارای ارزش‌های نمادین در یاری رساندن به زنان و خانواده‌های آنها برای تطابق با تغییرات روان‌شناختی‌اند. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند وزن کردن مکرر خانم‌هایی که وزن متوسطی دارند، در هر مراجعه از لحاظ طبی ارزش ناچیزی دارد. با این وجود در صورتی که پرستار وزن کردن بیمار را فراموش کند، معمولاً خانم باردار به سرعت یادآوری می‌کند که وزن او را اندازه بگیرند. نمونه دیگر، سونوگرافی روتین است. این کار در حال حاضر یک تقاضای تشریفاتی است. در این مراجعه، معمولاً مادر چند نفر از زنان خانواده و دوستان را برای دیدن جواب سونوگرافی به همراه می‌آورد. مادر باردار نه تنها از سونوگرام برای پیوند با فرزندش استفاده می‌کند، بلکه با نشان دادن کودک به اطرافیان، شرایط را برای پذیرش او

x، بیماران را از نظر توپرکولوز فعال ارزیابی کرد.

عوامل خطر ساز اجتماعی

پرس و جو دربارهٔ خطرات شغلی ضروری است. از جمله تماس با سمومی نظیر سرب، جیوه، و سایر فلزات سنگین، حشره‌کش‌ها، و تماس با حلال‌های آلی (از هر دو نوع مایع و گاز). خطرات خانگی از قبیل تماس با توکسوپلاسموز یا مواد شیمیایی سمی (آزبست، حشره‌کش‌ها)، مهم‌اند و باید بررسی شوند. اگر زنی از آب چاه استفاده می‌کند باید این آب را از نظر اسیدیته، سرب و مس بررسی کرد.

خشونت در خانواده یکی از خطرات خانگی بسیار مهم است. ارزیابی باید بدون دآوری و غیرنقدانه و با مطرح کردن سؤالات باز انجام شود. جودیت مک‌فارلند (Judith Macfarland) پرسش‌هایی از این قبیل را توصیه کرده است. "آیا شما (با فرد دیگری) رابطه‌ای دارید که ضمن آن مورد ضرب و شتم، لگد خوردن، سیلی خوردن، یا تهدید قرار بگیرید؟" "آیا احساس می‌کنید کسی شما را تهدید می‌کند؟" "آیا تاکنون مجبور به انجام کارهایی شده‌اید که برخلاف میل شما باشد؟" این سؤالات باید در اولین جلسه ملاقات پیش از زایمان مجدداً مطرح شوند. بعضی از مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که تهیه یک پرسشنامه کتبی، علاوه بر سؤالات شفاهی، امکان بیشتری را برای شناسایی آزار و سوء رفتار خانگی فراهم می‌کند.

تقریباً ۲۰ درصد از تمام زنان باردار در طول حاملگی مضروب می‌شوند. حدود نیمی از زنان که قبل از بارداری مورد سوء استفاده فیزیکی قرار می‌گیرند، کتک خوردنشان در طی حاملگی، ادامه می‌یابد. برای بعضی زنان، خشونت با حاملگی شروع می‌شود. تمامی چنین بیمارانی به اطلاعاتی در مورد امنیت و ارجاع جهت مشاوره و حمایت نیاز دارند.

عاداتی که برای سلامتی زیان‌آورند

مصرف داروها و مواد غیرمجاز یا سوء مصرف الکل یکی از خطرات بهداشتی مهم در زمان حاملگی به شمار می‌روند. الکل یک تراتوژن شناخته شده است. هیچ توافقی در مورد ارتباط میان مقدار مصرف الکل و تظاهر اثرات نامطلوب در جنین وجود ندارد و لذا بهترین توصیه به زنانی که قصد حامله شدن دارند توقف نوشیدن الکل است. غربالگری T-A-C-E برای سوء مصرف الکل به خوبی مطالعه شده است. این حروف مخفف چهار سؤالی هستند که به شکلی غیرنقدانه و فارغ از دآوری مطرح می‌شوند:

سیستماتیک خطرهای بالقوه در حاملگی و استفاده از آنها هنگام مداخلات ضروری است. این خطرات را می‌توان به چند مقوله تقسیم کرد که در بخش‌های بعد تشریح خواهند شد.

عوامل غیرقابل تغییر

شامل عواملی هستند که از قبل وجود داشته‌اند و در حال حاضر با هیچ یک از روش‌های طبی و مداخلات بالینی نمی‌توان آنها را تغییر داد. این عوامل عبارتند از قد و سن بیمار، شرح حال و سابقه باروری، نژاد، سطح آموزشی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، و ترکیب و ساختار ژنتیکی، و تا حدی شاخص جرم بدنی (BMI). همچنین هر چند ژنتیک و سوابق خانوادگی غیرقابل تغییر هستند، ممکن است نیاز به غربالگری و ارزیابی داشته باشند. باید سابقه خانوادگی کامل، شامل پرسش دربارهٔ بیماری ترومبو آمبولیک، سقط راجعه، مرگ در نوزادی یا ابتدای شیرخوارگی، بیماری‌های مادرزادی قلبی، عقب‌ماندگی ذهنی، یا سایر بیماری‌های عمده‌ای که بر سلامتی اعضای خانواده اثرگذارند، گرفته شود.

عواملی که با مداخله به موقع تغییر می‌یابند

شرایطی که می‌توان با می‌بایست قبل از حاملگی در جهت تغییر آنها تلاش کرد عبارتند از ضعف تغذیه، کم‌وزنی یا چاقی برحسب شاخص جرم بدن (BMI)، و بیماری‌های طبی که به خوبی کنترل نشده‌اند، نظیر دیابت شیرین، آسم، صرع، فنیل‌کتونوری، هیپرتانسیون، و بیماری‌های تیروئید. بعضی از داروهای تجویز شده بوسیلهٔ پزشک که تراتوژن بودنشان مشخص است می‌بایست قطع شوند و جایگزین‌های مناسبی برای آنها وضع گردد. اینها عبارت‌اند از داروهایی مثل ایزوترتینوئین (Acutane) و وارفارین سدیم (coumadin)، برخی از داروهای ضد تشنج، و مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین. اما بسیاری از داروهای بی‌خطرند، مثل داروهای آسم و اکثر آنتی‌هیستامین‌ها. برخی داروها نظیر ضدافسردگی‌ها نیازمند ارزیابی از نظر نسبت خطر به سود می‌باشند.

تعیین وضعیت ایمنی بیمار نسبت به سرخچه، آبله مرغان و هپاتیت در جریان ویزیت قبل از آbstینی مناسب است. در صورت نیاز، واکسن آنفلوانزا بی‌خطر است. در جمعیت‌های پرخطر یا نواحی جغرافیایی آندمیک، باید با انجام آزمایش پوستی و تصویربرداری از قفسهٔ سینه با اشعهٔ

۱. چه مقدار الکل می‌نوشید تا احساس مستی کنید (تحمل [tolerance])؟
 ۲. آیا مشروب خوردن شما باعث آزار و اذیت (annoy) کسی می‌شود؟
 ۳. آیا تا به حال کسی به شما گفته است که مصرف الکل خود را قطع (cut) کنید؟
 ۴. آیا صبح‌ها برای اینکه احساس بهتری داشته باشید الکل می‌نوشید (خمارشکن [eye-opener])؟
- کشیدن سیگار با نتایج نامطلوب حاملگی در ارتباط است. از جمله با وزن پایین در هنگام تولد، زایمان زودرس، و مرگ حوالی تولد. زنان حامله و افرادی که با او در یک خانه زندگی می‌کنند باید در طول مدت حاملگی از سیگار کشیدن خودداری کنند و ترجیحاً پس از زایمان نیز مصرف آن را از سر نگیرند. خطر نسبی محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR) در میان زنان حامله سیگاری ۲/۲ تا ۴/۲ محاسبه شده است. به دلیل عوارض مرتبط با کشیدن سیگار، قبل از حاملگی باید با روش‌های مختلف به زنان سیگاری کمک کرد تا سیگار کشیدن را کنار بگذارند. مداخلات متعددی در این رابطه وجود دارند. اعتقاد بر این است که استفاده از چسب‌های پوستی نیکوتین در دوران حاملگی نسبت به سیگار کشیدن ارجحیت دارد. یکی از مزایای استفاده از چسب‌های نیکوتین، حذف تماس با سموم دیگری نظیر منواکسید کربن است که همراه با دود سیگار استنشاق می‌شوند. خطر این چسب‌ها از لحاظ نظری آن است که سطح خونی ثابتی از نیکوتین ایجاد می‌شود. این کار بسته به زمان تجویز ممکن است مداخله بسیار مناسبی باشد. به طریق مشابه، همه داروهای غیرمجاز می‌توانند زیان‌های بالقوه‌ای را در حاملگی ایجاد نمایند.

سایر رفتارهایی که باید از آنها اجتناب کرد، آنهایی هستند که سبب افزایش مواجهه با بیماری منتقله از راه جنسی و سایر بیماری‌های عفونی می‌شوند. این رفتارها عبارتند از مقاربت جنسی بدون محافظت، در ارتباط با شرکای جنسی متعدد و استفاده اشتراکی از سوزن میان معتادان.

مداخلات

آخرین مرحله از ویزیت پیش از آبستنی شامل مداخله‌های خاصی است که براساس اطلاعات بدست آمده در جریان مراحل تهیه شرح حال، معاینه فیزیکی، و ارزیابی خطر انتخاب می‌شوند. مداخله‌های اختصاصی ممکن است شامل

ایمنی زایی در برابر سرخچه، آبله مرغان، یا هپاتیت، تغییر داروهای تجویز شده، تعدیل رفتار، غربالگری ژنتیکی برای بیماری‌هایی نظیر تائید - ساکس (Tay-Sachs)، فیروز کپستیک و آنمی سلول داسی شکل، و توصیه به فعالیت فیزیکی و توصیه‌های تغذیه‌ای باشند.

در جریان معاینه فیزیکی، ارزیابی تیروئید و معاینه پستان حائز اهمیت است. نشانه‌ها یا علائم بیماری تیروئید باید فوراً با اندازه‌گیری TSH و T4 آزاد بررسی شوند. اگر سن زن ۳۵ سال یا بیشتر باشد، غربالگری با ماموگرافی لازم است، چون ممکن است تا دو سال و نیم دیگر نتواند این بررسی را انجام دهد (حساسیت ماموگرام در طول حاملگی و تا شش ماه بعد از شیردهی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا می‌کند). اگر زنی سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان قبل از یائسگی داشته باشد، ماموگرافی را می‌توان در سنین پایین‌تری مد نظر قرار داد. به علاوه در صورت وجود وضعیت جسمی یا سابقه‌ای که بیماری پلی‌کیستیک تخمدان را مطرح می‌کند، این وضعیت باید بررسی شود (فصل ۳۸). در صورتی که پاپ اسمیر از یک سال پیش تاکنون انجام نشده باشد، می‌توان این آزمایش را تکرار کرد. موارد غیرطبیعی در پاپ اسمیر، پیش از حاملگی خود را بهتر نشان می‌دهند. مضاف بر آن، معاینه پوست بیمار نیز در این ویزیت ارزشمند است. میزان بروز ملانوم در ایالات متحده نسبت به سایر بدخیمی‌ها با سرعت فزاینده‌ای در حال افزایش است. متخصص زنان در این ویزیت فرصت منحصربه‌فردی برای ارزیابی و آموزش درباره این سرطان دارد. پرسش در مورد بیماری‌های دهان و دندان و بررسی بهداشت دندان در زمان مناسب مهم است. بیماری دهان و دندان با خطر واضح زایمان پیش از موعد همراه است. بیماری دهان و دندان را می‌توان در هر زمانی از حاملگی درمان کرد لیکن بهتر است این کار قبل از آبستنی صورت گیرد.

اسید فولیک به صورت تکمیلی می‌تواند میزان بروز بروز مجدد نقائص لوله عصبی را کاهش دهد و ممکن است خطر سایر نقائص بدو تولد را نیز کم کند. زنانی که قبلاً یک حاملگی همراه با نقائص لوله عصبی داشته‌اند، باید روزانه ۴mg اسید فولیک را از ۴ هفته قبل از لقاح مصرف کنند و مصرف آن را تا پایان سه ماهه اول حاملگی ادامه دهند. برای تمام زنان دیگری که در سن باروری قرار دارند و ممکن است حامله شوند نیز باید ۱mg اسید فولیک در روز تجویز کرد. متأسفانه ویتامین‌های پره‌ناتال فقط ۰/۴-۰/۸mg فولیک

اسید دارند.

ضد بارداری‌های هورمونی را قطع کند، باید مطلع شود که تخمک‌گذاری در دورهٔ زمانی متغیری، بعد از قطع دارو اتفاق می‌افتد. بنابراین، باید از هرگونه رفتار مخاطره‌آمیز در طی این زمان اجتناب کرد.

باید به بیمار توصیه کرد که در صورت فقدان قاعدگی یا اثبات حاملگی از طریق آزمایش بارداری در منزل، در اولین فرصت برای مراقبت‌های پیش از زایمان مراجعه کند. متأسفانه در ایالات متحده فقط ۷۵٪ از زنان حامله از شروع سه ماهه اول تحت مراقبت‌های پیش از زایمان قرار می‌گیرند. موانع موجود بر سر راه دستیابی به مراقبت‌های پیش از زایمان عبارتند از نداشتن پول یا بیمه برای پرداخت هزینه‌های مراقبت، پایین بودن ظرفیت سیستم برای پذیرش مراجعین و مشکلات و ناکافی بودن حمل و نقل.

ویزیت اولیه پیش از زایمان

در این ویزیت نخستین ارزیابی کامل از مادر باردار به عمل می‌آید. زمان مطلوب این ویزیت متغیر است. برای زنانی که ویزیت آموزشی قبل از آبستنی را نمی‌گذرانند، به محض پی بردن به بارداری باید ویزیت‌های قبل از زایمان آغاز گردند. در مورد این زنان باید بیشتر محتوای ویزیت پیش از آبستنی در این زمان گفته شود - برای مثال غربالگری از لحاظ آزار و سوء رفتار خانگی و مصرف الکل. همهٔ زن‌های دیگر را باید در حدود هفته ۸ پس از تأخیر قاعدگی (۶ هفته پس از آبستنی) ویزیت کرد. مضمون مناسب مراقبت‌های پیش از زایمان و اولین ویزیت پیش از زایمان در مورد تمام بیماران در "یادداشت پیش از زایمان" که بوسیلهٔ کالج آمریکایی بیماری زنان و زایمان (ACOG) منتشر شده، آمده است. مشخصات فردی، شرح حال قاعدگی، و سابقه بارداری ذکر می‌شوند. سابقه قبلی پزشکی، جراحی و اجتماعی و هم‌چنین نشانه‌های حاملگی نوشته می‌شوند. تمامی داروهای فعلی بیمار از جمله داروهای بدون نسخه (OTC) و مکمل‌های گیاهی باید بررسی شوند. غربالگری ژنتیکی دقیق، سابقه عفونت و ارزیابی وضعیت خطر نیز صورت گرفته یا دوباره تأیید می‌گردد.

تشخیص حاملگی

تشخیص حاملگی دارای دو جنبه است، اول اطمینان از حاملگی داخل رحمی، و دوم تعیین قابلیت حیات و تداوم آن. ارزیابی علائم و نشانه‌های مرتبط با تشخیص فرضی

بعضی از بیماران با این هدف یک ویزیت پیش از آبستنی را شروع می‌کنند که بدانند آیا یک بیماری طبی زمینه‌ای می‌تواند ممنوعیت قطعی برای حاملگی باشد یا خیر. برای مثال هیپر تانسیون ریوی، هر چند که نادر است، ولی با حداکثر ۵۰٪ مرگ و میر مادر و بیش از ۴۰٪ مرگ و میر جنین همراه است. با انجام مطالعات همه گیر شناختی می‌توان آمارهای مربوط به ابتلاء و مرگ و میر مادر و جنین را برای اکثر بیماری‌ها بدست آورد. با این حال این مطالعات قادر به ارائه داده‌های اختصاصی مربوط به هر یک از بیماران، که مجموعه منحصر به فردی از متغیرهای طبی، مردم‌شناختی، و اجتماعی در مورد آنها صدق می‌کند، نیستند. بسیاری از بیمارانی که چنین پرسش‌هایی را مطرح می‌کنند، از مطالعه مطالب پزشکی مربوطه سود می‌برند و به این ترتیب می‌توانند نظرات مختلفی را بدست آورند. مشاوره با سایر متخصصین پزشکی ممکن است لازم باشد. برای مثال زنانی که مشکلات ارتوپدی دارند اغلب راجع به زایمان طبیعی سؤال می‌کنند. یک نگرانی شایع دیگر بالا بودن سن مادر است. خطرات مربوط به افزایش میزان آنیوپلوئیدی سقط جنین را باید توضیح داد. دریافته‌اند که در زنان بالای ۴۰ سال میزان بیشتری از وزن کم هنگام تولد، تولد زودرس و زایمان سزارین دیده می‌شود.

توضیح این مسأله نیز مهم است که چگونه و چه موقع باید روش‌های جلوگیری از بارداری را قطع کرد. بیمارانی که از تزریق مدروکسی پروژسترون استات (Depo-Provera) استفاده می‌کنند، ممکن است با چند ماه تأخیر شاهد بازگشت چرخه‌های قاعدگی منظم توأم با تخمک‌گذاری باشند. وسیله داخل رحمی (IUD) را می‌توان در هر زمانی از چرخه قاعدگی خارج کرد. این وسیله را باید در اولین فرصت پس از تصمیم به حاملگی خارج کرد. خارج کردن آن در زمان حاملگی (هر چند بسیار بهتر از این است که در جای خود بماند) با میزان بالای از دست رفتن محصولات حاملگی همراه است. به همین طریق قرص‌های ضد بارداری را می‌توان در هر زمانی که قصد حامله شدن وجود داشته باشد، قطع کرد. بسیاری از پزشکان معتقدند که قطع مصرف داروهای خوراکی ضد بارداری هورمونی برای یک تا دو چرخه قاعدگی امکان رشد بهتر اندومتر را فراهم می‌کند. هر چند مدرک قطعی در این مورد وجود ندارد ولی اعتقاد بر آن است که ممکن است لانه‌گزینی بهتر انجام شود. اگر زنی شیوه‌های

قاعدگی نامعلوم یا چرخه‌های قاعدگی نامنظم باشند، اندازه‌گیری‌های اولتراسوند بین هفته‌های ۱۴ و ۲۰ بارداری معیار دقیقی از سن بارداری بدست می‌دهند (فصل ۹). مراقبت‌ها، بدون تغییر کماکان براساس EDC صورت می‌گیرد، مگر این که نتایج سونوگرافی ۱۰ روز یا بیشتر با تاریخ قاعدگی تفاوت داشته باشند. در صورتیکه تاریخ‌ها با اطمینان مثبت شوند، تغییرات مداوم EDC براساس اندازه جنین، و نگران‌کننده است.

معاینه فیزیکی

یک معاینه فیزیکی هدف‌دار در اولین ویزیت پیش از زایمان عبارت است از توجه خاص به BMI، فشارخون، تیروئید، پوست، پستان‌ها و لگن بیمار. در معاینه لگن باید دهانه رحم (سرویکس) را از نظر ناهنجاری‌ها و جود کندیلوماتا، نئوپلازی، یا عفونت بررسی کرد. پاپ اسمیر باید انجام شود و در صورت لزوم کشت برای گنوره و کلامیدیا تهیه گردد. مقدار کمی خونریزی به رنگ قرمز روشن ممکن است به دنبال این معاینات و دستکاری‌ها رخ دهد که باید بیمار را از طبیعی بودن آن مطمئن ساخت. در معاینه دودستی، دهانه رحم لمس می‌شود تا قوام و طول آن لمس گردد و وجود تدرنس در هنگام حرکت گردن رحم مشخص شود. اندازه، موقعیت و حدود اطراف رحم را باید مورد توجه قرار داد. ضمایم رحم را باید لمس کرد و از نظر وجود توده بررسی نمود. معاینه لگن ممکن است شامل ارزیابی لگن استخوانی، و به خصوص اندازه‌گیری قطر کنژوگه مورب (diagonal conjugate)، خارهای ایسکیال، حفره ساکرال و قوس سمفیزیوپوبیس باشد. انجام این ارزیابی فقط یک‌بار در طول حاملگی لازم است.

ارزیابی آزمایشگاهی

چند بررسی آزمایشگاهی به طور معمول در اولین ویزیت پیش از زایمان انجام می‌شوند.

آزمایشات خونی

آزمایشات خون‌شناسی شامل شمارش گلبول‌های سفید خون، هموگلوبین، همو توکریت، شمارش پلاکتی و برای زنان آسیایی نژاد، آزمایش کامل معیارهای سلول‌های قرمز جهت بررسی تالاسمی، آزمایش سرولوژی سیفیلیس (معرف سریع پلاسمایی یا VDRL)، عیار سرخچه، آنتی ژن سطحی هپاتیت B، گروه خونی (ABO)، و نوع Rh و

حاملگی، با این که یک روش کمکی مفید است، به دلیل سهولت و گستردگی دسترسی به آزمایش حاملگی ادرار و سونوگرافی تا حدود زیادی جای خود را به این روش‌ها داده است. وجود بیش از ۳۵mIU گنادوتروپین کوریونی انسان (hCG) در ادرار اول صبح، از ویژگی (specificity) بسیار بالایی برای حاملگی برخوردار است. آزمایش‌های حاملگی می‌توانند قبل از عقب افتادن عادت ماهیانه، وجود بارداری را نشان دهند. سایر آزمایشات برای اثبات وجود حاملگی عبارتند از مثبت بودن β -hCG در سرم و نشان دادن وجود قلب جنین از طریق سمع یا اولتراسوند. ممکن است حاملگی داخل رحمی (نشانه ساک حاملگی) با استفاده از یک کاوشگر (پروب) داخل مهبل در زمانی که میزان β -hCG به ۱۵۰۰ IU می‌رسد، تشخیص داده شود. فعالیت قلب جنین باید در هفته سوم بعد از لقاح دیده شود. تصویربرداری با روش اولتراسوند به طور معمول برای تشخیص حاملگی توصیه نمی‌شود. اما اغلب از آن در بررسی بیماری که از آخرین قاعدگی خود مطمئن نیست، در معرض خطر افزایش یافته حاملگی خارج رحمی است، یا نشانه‌های سقط را بروز می‌دهد، استفاده می‌شود. به همراه استفاده از سنجش به موقع و کمی β -hCG در سرم، می‌توان این حالات را به وضوح از یک حاملگی طبیعی داخل رحمی افتراق داد و درمان به موقع را آغاز کرد (فصل ۵).

سن بارداری

قانون نگل (Nägele) به صورت شایعی برای محاسبه تاریخ تخمینی زایمان (EDC) بکار می‌رود. پزشک باید به خاطر داشته باشد که این فرمول تقریباً یک قانون است. در این قانون از تاریخ آخرین دوره قاعدگی بیمار ۳ ماه کم می‌کنند و سپس یک هفته و یک سال به آن اضافه می‌کنند. این قانون مبتنی بر این فرض است که یک حاملگی طبیعی ۲۸۰ روز طول می‌کشد و نیز اینکه تمام بیماران دارای چرخه‌های قاعدگی ۲۸ روزه هستند. با این که مطالعات متعددی نشان داده‌اند طول متوسط حاملگی در زنان اول‌زا ۲۸۲ تا ۲۸۳ روز است، لکن، برای سهولت در حال حاضر ۲۸۰ روز به عنوان طول متوسط حاملگی پذیرفته شده است. پس از اصلاحات مربوط به طول واقعی چرخه قاعدگی بیماران، آمارهای تولد نوزادان نشان می‌دهند که اکثر حاملگی‌ها ظرف ۲ هفته قبل یا بعد از این تاریخ تخمینی به وضع حمل می‌رسند. در جریان مراقبت‌های پیش از زایمان، هفته بارداری را می‌توان براساس محاسبه EDC بدست آورد. اگر آخرین دوره

میکروسکوپی ادرار، کشت ادرار (بیش از ۱۰۰,۰۰۰ کولونی در mL)، یا آزمایش نواری (dipstick) لکوسیت استراز - نیتريت بر روی نمونه ادرار تمیز تشخیص داده می‌شود. کلونیزاسیون استرپتوکوکی گروه B (GBS) مجاری ادراری همواره منجر به یک واکنش مثبت لکوسیت استراز نخواهد شد. بنابراین حتی با وجود لکوسیت استراز منفی کشت کامل ادرار در اولین ویزیت لازم است.

کشت‌ها و عفونت‌ها

درباره استفاده از کشت‌های معمول دستگاه تناسلی در حاملگی اختلاف نظر وجود دارد. هر چند واضح است که کلامیدوز، گنوره، بیماری استرپتوکوکی گروه B، عفونت هرپس، و واژینوز باکتریایی، می‌توانند به طور بالقوه در نهایت سلامت جنین یا نوزاد را به مخاطره بیندازند، لکن موارد لزوم و زمان انجام کشت برای این عفونت‌ها مشخص نیست.

طبق توصیه ACOG، کلامیدوز و گنوره را باید در اولین ویزیت قبل از زایمان برای بیماران پرخطر ارزیابی کرد. بیمار پرخطر طبق تعریف عبارتست از زنی که زیر ۲۵ سال سن و سابقه قبلی یا شواهد کنونی مبنی بر هر یک از بیماری‌های منتقله از راه جنسی، یک شریک جنسی جدید ظرف ۳ ماه گذشته، و یا شرکای جنسی متعدد داشته باشد. هرگونه ترشحات غیرطبیعی را باید با تهیه یک گسترش مرطوب و یا با رنگ آمیزی گرم بررسی کرد. بیماران علامت‌دار باید درمان شوند. واژینوز باکتریال علامت‌دار ممکن است در سه ماهه اول درمان شود.

آزمون پوستی توپرکلوز در جمعیت‌های پرخطر یا در نواحی جغرافیایی خاص، در صورتی که بیمار واکسن BCG دریافت نکرده باشد باید انجام شود. واکسیناسیون BCG در ایالات متحده انجام نمی‌شود.

گفتگو با بیمار

اولین ویزیت پیش از زایمان فرصت مناسبی است برای پزشک (ارائه‌دهنده مراقبت‌ها) و بیمار تا انتظارات خود را با یکدیگر در میان بگذارند، به سؤالات هم پاسخ دهند، و برنامه‌ای برای آنچه که در مابقی دوران مراقبت‌های پیش از زایمان بطور طبیعی رخ خواهد داد، تنظیم نمایند. تعیین زمان و محتوای ویزیت‌های بعدی، و همچنین تعیین زمان

غربالگری آنتی‌بادی، می‌باشد. آزمایش ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) باید برای تمام زنان حامله توصیه شود و در پرونده ایشان ثبت گردد. ارزیابی معمول برای ایمنی در برابر توکسوپلاسموز، سیتومگالوویروس، و آبله‌مرغان ضروری نیست ولی در صورت لزوم می‌توان آنها را انجام داد. انستیتوی ملی بهداشت و ACOG توصیه می‌کنند که تمام زنان سفیدپوست از نظر فیروز کیستیک آزمایش شوند. زنانی که سابقه حاکی از ترومبوفیلی دارند و یا سابقه شخصی یا خانوادگی لخته شدن خون دارند، در این مرحله می‌بایست بررسی شوند. زنانی که شرح حال مطرح‌کننده بیماری تیروئید دارند نیز، باید مورد ارزیابی قرار گیرند.

هر چند بطور معمول از TSH برای ارزیابی بیماری تیروئید استفاده می‌شود، ممکن است TSH تحت تأثیر سایر هورمون‌های ناشی از بارداری قرار گیرد و دقیقاً مبین وضعیت تیروئید نباشد. بنابراین همیشه باید در هنگام بررسی بیماری تیروئید در طی حاملگی T4 آزاد اندازه‌گیری شود.

اقدامات مناسب غربالگری برای تعیین وضعیت حامل ژنتیکی، در صورتی که در ویزیت پیش از آبستنی انجام نشود، این بیماری‌ها را در بر می‌گیرد (گرچه محدود به این موارد نیست): بیماری تای ساکس، بیماری کاناوان^۱ (canavan)، در زنان یهودی تبار، α و β تالاسمی در زنان نژاد آسیایی و مدیترانه و بیماری سلول داسی شکل در زنان نژاد آفریقایی. زنان با سابقه مطرح‌کننده عقب‌ماندگی ذهنی باید از نظر سندرم X شکننده غربالگری شوند.

آزمایش‌های ادراری

از همه زنان باید یک نمونه ادرار تمیز (clean-catch) گرفت و برای کشت فرستاد. باکتریوری بدون علامت در ۵ تا ۸٪ از زنان حامله دیده می‌شود. رکود (استاز) ادراری در طول حاملگی رخ می‌دهد که ثانویه به تغییرات فیزیولوژیک در دستگاه ادراری، نظیر کاهش حرکات دودی (پرستالتیس) حالب و فشار مکانیکی رحم بر حالب در لبه لگن است که با پیشرفت حاملگی افزایش می‌یابد. باکتریوری همراه با رکود ادراری، بیمار را مستعد ابتلا به پیلونفریت می‌کند که شایع‌ترین علت غیرزایمانی بستری شدن در دوران حاملگی است. همچنین عفونت دستگاه ادراری با زایمان قبل از موعد (preterm labor)، پارگی زودرس غشاها و تولد زود هنگام (preterm birth) همراه است. باکتریوری بدون علامت با استفاده از مطالعه

۱. دژناسیون اسفنجی CNS [م]

جدول ۱ - ۱. دلایل منطقی برای مراقبت‌های معمول پیش از**زایمان****مراقبت‌های پیش از زایمان اهداف زیر را برای زنان حامله دنبال****می‌کند:**

- تأمین مداوم و مستمر مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه اولیه.
 - حفظ و ارتقای سلامت مادر و توانایی مراقبت از خود و بهبود خودنگاره در قبل، حین و پس از حاملگی.
 - کاهش خطر ابتلا و مرگ و میر مادر و نیز مداخلات غیرضروری در حاملگی.
 - کاهش خطرات بهداشتی قبل از حاملگی‌های بعدی و پس از سال‌های باروری.
 - ارتقاء و توسعه مهارت‌های بچه‌داری، مانند شیر دادن.
- اهداف مراقبت‌های پیش از زایمان که مربوط به جنین می‌شوند عبارتند از:**
- کاهش خطر تولد پیش از موعد، IUGR، عقب‌ماندگی و ناهنجاری‌های مادرزادی.
 - افزایش سلامت جنین و کاهش نیاز به بستری شدن طولانی‌مدت پس از تولد.
 - تأمین رشد و تکامل سالم، ایمن‌سازی، و نظارت بر سلامت شیرخواران.
 - کاهش خطر عوارض نورولوژیک، تکاملی، و سایر عوارض.
 - کاهش خطر کودک آزاری و غفلت از کودکان، صدمات، و بیماری‌های حاد و مزمن قابل پیشگیری.
- اهداف مراقبت‌های پیش از زایمان در مورد خانواده در دوران حاملگی و اولین سال زندگی نوزاد شیرخوار به این قرارند:**
- ارتقاء تکامل خانواده و تعامل مثبت والد - نوزاد.
 - کاهش تعداد حاملگی‌های ناخواسته.
 - شناسایی و درمان اختلالات رفتاری که می‌توانند منجر به غفلت از کودکان و خشونت‌های خانوادگی گردند.

زایمان پیش از موعد، بیماری‌های مزمن طبی، سابقه خانوادگی مشکلات [حاملگی - م] و از این قبیل داشته‌اند، باید ویزیت‌های بیشتری انجام گیرد و تعداد دفعات ویزیت برای هر بیمار به طور اختصاصی تعیین شده و ثبت گردد. مثلاً، زنی که سابقه قبلی سقط در سه ماهه دوم با علت نامشخص دارد و مشکوک به نارسایی سرویکس بوده (هر چند تشخیص نارسایی سرویکس قطعی نبوده)، باید به طور هفتگی بین هفته‌های ۱۷ الی ۲۴ معاینه شود؛ یا زنی با فشارخون بالا باید هر دو هفته یکبار، در طی سه ماهه اول و دوم دیده شود. برعکس، زنی با سابقه حاملگی‌های بدون عارضه قبلی، می‌تواند هر ۶ هفته یک بار در طول سه ماهه

شرح دلایل انجام بررسی‌های آزمایشگاهی بعدی باید انجام گیرند. مطالب و منابع آموزشی معتبری که سطح و نگارش مناسبی داشته باشند، باید به بیمار معرفی شوند. بیمار و شریک جنسی‌اش را باید تشویق کرد تا سؤالاتی درباره آنچه که خواهند خواند مطرح کنند و نگرانی‌هایی را که درباره حاملگی دارند، با یکدیگر در میان بگذارند. باید بر این نکته مهم تأکید کرد که هیچ سؤالی بی‌معنی، احمقانه، یا پیش پا افتاده و بی‌اهمیت نیست. شماره تلفن‌های اضطراری و معمول را باید به صورت کتبی به بیمار داد. خدمات اجتماعی و مراکز کشوری نظیر برنامه‌های زنان، شیرخواران، و کودکان (WIC) را می‌توان در حد نیاز به بیمار معرفی کرد. بحث درباره فعالیت جنسی، فعالیت‌های فیزیکی، و تغذیه معمولاً در این مرحله شروع می‌شود. دستورالعمل مربوط به داروهای خطرناک و بی‌خطر بدون نسخه (مثل استامینوفن در مقابل ایسوبروفن) نیز در این زمان ارائه می‌شود. توصیه‌های راجع به استفاده از کمربند ایمنی و سوءرفتار خانگی هم ذکر می‌شوند. برای زنانی که سابقه حاملگی قبلی دارند، در این زمان باید بحث در مورد مشکلات و موضوعات مربوط به تجربه حاملگی و زایمان قبلی صورت گیرد. در این زمان دل‌شوره‌ها و ترس‌های فراوانی را می‌توان با یک بحث ساده از میان برد، و نگرانی‌هایی را که می‌توانند حاملگی را به تأخیر اندازند یا در جریان آن به وجود آیند، مرتفع کرد. در موارد خاص، یک یادداشت در بالای پرونده برای طرح این موضوع در آینده ممکن است مفید باشد.

در نهایت باید بیمار را از علائم و نشانه‌های هشداردهنده عفونت (تب، لرز، دیزوری، هماتوری) یا تهدید به از دست رفتن حاملگی (خونریزی، کرامپ، خروج بافت) آگاه کرد. در صورت بروز هر یک از این موارد، بیمار باید بلافاصله به پزشک مراجعه کند. در پایان اولین ویزیت، جلسه بعدی مراقبت‌های پیش از زایمان تعیین می‌شود.

مراقبت‌های معمول (روتین) پیش از زایمان

دلایل منطقی و اصول راهنمای مراقبت پیش از زایمان در جدول ۱-۱ آورده شده است. در جریان مراقبت از هر بیمار، وی باید به صورت یک مورد مستقل در نظر گرفته شود. برای زنانی که پرخطر محسوب می‌شوند، مثل آنان که