

بارداری و زایمان ویلیامز

جلد سوم

ویراست ۲۴

۲۰۱۴

تألیف

گری کانینگهام	جودی داش
کنت لوتو	باربارا هافمن
استیون بلوم	برایان کیسی
کاترین اسپونگ	جیان شفیلد

ترجمه

دکتر مهرناز ولدان

متخصص زنان و زایمان

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر افسانه آموزگار

دکتر مهشید نیک پور

دکتر عبدالرضا منصوری راد



انتشارات ارجمند



انتشارات ارجمند

<p>عنوان و نام پدیدآور: بارداری و زایمان / [اف. گری کانینگهام... و دیگران]: ترجمه دکتر مهرناز ولدان... [و دیگران]. مشخصات نشر: تهران: ارجمند، ۱۳۹۳. مشخصات ظاهری: ۵۷۶ ص، قطع: وزیری شابک ج ۳: ۹۷۸-۹۶۴-۴۹۶-۳۰۵-۶ شابک دوره: ۹۷۸-۹۶۴-۴۹۶-۳۰۶-۳ یادداشت: Williams' obstetrics, 24th. ed, c2014 موضوع: آبستنی و زایمان؛ بارداری. شناسه افزوده: کانینگهام، اف. گری.؛ Cunningham, F. Gary؛ منصورری راد، عبدالرضا، ۱۳۴۹-، مترجم؛ ویلیامز: جان ویت ریچ، ۱۸۶۶-۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۳/۹۱۲۶ و ۵۲۴ RG رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۲ شماره کتابشناسی ملی: ۳۶۴۶۹۱۰</p>	<p>گری کانینگهام، کنت لونو، استیون بلوم، کاترین اسپونگ جودی داش، باربارا هافمن، بریایان کیسی، جیان شفیلد بارداری و زایمان ویلیامز ترجمه: دکتر مهرناز ولدان، دکتر افسانه آموزگار دکتر مهشید نیک‌پور، دکتر عبدالرضا منصورری راد فروست: ۹۳۷ ناشر: انتشارات ارجمند صفحه‌آرا و طراحی متن: پرستو قدیم‌خانی ناظر چاپ: سعید خانکشلو چاپ: غزال، صحافی: افشین چاپ اول، آذر ۱۳۹۳، ۲۲۰ نسخه شابک ج ۳: ۹۷۸-۹۶۴-۴۹۶-۳۰۵-۶ شابک دوره: ۹۷۸-۹۶۴-۴۹۶-۳۰۶-۳ این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p> <p>www.arjmandpub.com</p>
--	---

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۷۲۸۴۸۳۸-۰۸۳۱

بها: ۴۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ ۱ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

- | | |
|--------------|---|
| ارسال عدد ۱: | دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک |
| ارسال عدد ۲: | دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک |
| ارسال ایمیل: | دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل |

به نام خداوند بخشنده مهربان

کتاب بارداری و یلیامز از معتبرترین کتب مرجع علم مامایی می باشد که توسط پزشکان حاذق بیمارستان پارکلند و براساس طب مبتنی بر شواهد نگاشته شده است. سالهاست که این کتاب در سراسر دنیا راهنمای پزشکان و پژوهشگران در مشکل گشایی مسائل مامائی بوده است. هم اکنون شاهد بیست و چهارمین چاپ این کتاب ارزشمند می باشیم که با استفاده از بیشتر از سه هزار مقاله معتبر جدید و همچنان براساس طب مبتنی بر شواهد نگاشته و ارائه شده است.

کتاب حاضر ترجمه این کتاب نفیس می باشد. تلاش اینجانب و همکاران گرانقدرم جناب آقای دکتر منصوری راد، خانم دکتر آموزگار، خانم دکتر نیکپور، خانم دکتر ابطیحی، و آقای حقیقی بر این بوده است که ترجمه ای شیوا و با نثری ساده را در عین امانت داری در اختیار پژوهشگران و پزشکان قرار دهیم.

ضروری است از زحمات کارکنان محترم انتشارات ارجمند تشکر و قدردانی نمائیم.

این گروه گردهم آمدیم تا کتابی در جهت خدمت به بانوان ایران زمین ارائه نمائیم. از سروران گرامی کمال سپاس و تشکر داریم که اینجانبان را در رفع نواقص و اشکالات لاجرم راهنمایی و مساعدت بفرمائید.

این کتاب را تقدیم به بانوان گرانقدر ایران زمین نموده و همواره از خداوند متعال سپاسگزارم که این موهبت الهی را به بنده عطا نموده که خدمتی هر چقدر کوچک به این عزیزان داشته باشم.

دکتر مهرناز ولدان

متخصص زنان و زایمان

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیشگفتار

کتاب حاضر که ویراست بیست و چهارم کتاب «بارداری و زایمان ویلیامز» به شمار می‌رود، دستخوش سازمان‌دهی گسترده و مجددی به لحاظ راهبردی شده است. ما که مخاطبان اصلی این کتاب را پزشکان پرمشغله می‌دانیم - یعنی همان پزشکانی که غرق شغل خود هستند - همچنان به ارائه جزئیات اصول پایه مامایی مانند آناتومی و فیزیولوژی مادر، مراقبت‌های پیش از لقا و پیش از تولد، زایمان، وضع حمل، و دوران نفاس می‌پردازیم و در این میان، مطالب مفصلی درباره عوارض مامایی (و از جمله زایمان پیش از موعد، خون‌ریزی، هیپرتانسیون، و غیره و غیره) را ارائه خواهیم داد. ما دگر بار بر اصول علمی مامایی بالینی تأکید کرده، و در این میان به طور اخص اهمیت اصول بیوشیمیایی و فیزیولوژیک تولیدمثل در زنان را یادآور می‌شویم؛ و این اصول، مکمل توصیف‌هایی هستند که از طبابت مبتنی بر شواهد ارائه شده‌اند، که همین نکته، ویژگی بارز ویراست‌های پیشین نیز به شمار می‌رود. چارچوب ویراست جدید که مجدداً سازمان‌دهی شده است، تأکید بیشتر بر جنین را به عنوان بیمار امکان‌پذیر ساخته، و مطالب بیشتری را در زمینه تشخیص و درمان مربوط به جنین شامل می‌شود. بیش از ۱۰۰ تصویر سونوگرافی و MRI جدید که آناتومی طبیعی جنین و ناهنجاری‌های شایع جنینی را به تصویر می‌کشند، مکملی بر تغییرات مذکور هستند. سرانجام، برای تأکید بر حرف «م» در طب مادر - جنین، ما هم‌چنان به یادآوری اختلالات پر شمار طبی و جراحی می‌پردازیم که می‌توانند عوارضی را در حین بارداری پدید آورند.

به منظور تحقق این اهداف، متن کتاب با بیش از ۳۰۰۰ نکته مندرج در متون پزشکی که تا سال ۲۰۱۴ چاپ شده‌اند، به روز شده است. به علاوه، حدود ۹۰۰ تصویر در این کتاب وجود دارد که شامل تصاویر سونوگرافی، تصاویر MRI، عکس، تصاویر میکروسکوپی، و نمودارهایی از داده‌ها هستند و اکثر آنها رنگ‌آمیزی زنده‌ای دارند. بخش عمده‌ای از آثار هنری اصلی، از سوی هنرمندان پزشکی خود ما ارائه شده‌اند.

ما در این ویراست نیز همانند ویراست‌های پیشین، همچنان دستورالعمل‌های معاصر منتشر شده از سوی سازمان‌های حرفه‌ای و دانشگاهی و از جمله کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا، انجمن طب مادر - جنین، مؤسسات ملی سلامت، و مراکز پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها را در متن کتاب گنجانده‌ایم. بسیاری از این داده‌ها، در قالب قریب به ۱۰۰ جدول جدید ارائه شده و در قالبی عرضه شده‌اند که مطالعه و استفاده از آنها به سهولت امکان‌پذیر است. به علاوه، چندین الگوریتم تشخیصی و درمانی نیز برای راهنمایی پزشکان ارائه شده‌اند. ما ضمن آنکه به شدت در تلاش هستیم تا با ذکر منابع پر شمار، گزینه‌های متعدد مبتنی بر شواهد را برای این نوع طرح‌های درمانی فراهم آوریم، تجربیات شخصی خود را نیز که از خدمات گسترده مامایی حاصل شده‌اند، در متن کتاب گنجانده‌ایم. ما طبق معمول، ضمن آنکه معتقدیم این تجربیات، مثال‌هایی تخصصی از مامایی مبتنی بر شواهد هستند، ولی اقرار می‌کنیم که تنها روش درمان بیماران قلمداد نمی‌شوند.

در ویراست بیست و چهارم، غیبت چهار همکار که ما را در ویراست‌های پیشین «بارداری و زایمان ویلیامز» باری داده بودند، بسیار مشهود است. دکتر جان هاوت از دانشگاه آلاباما در بیرمنگام، که از ویراستاران این کتاب در ویراست ۲۱ تا ۲۳ بوده است، اکنون سرگرم تلاش در عرصه پژوهش است. دکتر

دوایت راوس، که از ویرستیاران کتاب حاضر در ویراست ۲۲ و از ویراستاران ویراست ۲۳ بوده‌اند، وظیفه‌ای بالینی و پژوهشی را در دانشگاه براون عهده‌دار شده‌اند. ما بی‌تردید خلاً دانش آنان را در زمینه چالش‌های مربوط به کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی و مفهوم واقعی آنها حس خواهیم کرد. دکتر جورج وندل جونیور از مرکز پزشکی جنوب غرب دانشگاه تگزاس که از ویراستاران کتاب در ویراست‌های ۲۲ و ۲۳ بود، اکنون وظیفه‌ای مهم و نظارتی را در ابداع و توسعه «حفظ و تأیید بورد زنان و زایمان آمریکا» برعهده گرفته است. دکتر جیم آلکساندر نیز که از ویراستاران ما در ویراست ۲۳ بود، به منظور ادامه طبابت در مونتانا، از جمع ما جدا شده است. این پزشکان با استعداد، معلومات ارزشمندی را چه در زمینه بالینی و چه در عرصه مبتنی بر شواهد، در اختیار ما قرار داده بودند.

ما برای پرکردن جای خالی این همکاران مصممی که از ما جدا شده‌اند، چهار ویراستار جدید - همگی از مرکز پزشکی جنوب غرب دانشگاه تگزاس - را به جمع خود اضافه کرده‌ایم که هر یک از آنان، در عرصه‌های مهمی از طب مادر - جنین و مامایی معاصر دارای تخصص هستند. دکتر جودی داشه - که همکاری ارزشمندی در ویراست‌های ۲۱ تا ۲۳ با ما داشته است - اکنون به عنوان ویراستار به ما پیوسته و تجربیات گسترده و مهارت‌های ارزنده خود در زمینه سونوگرافی در عرصه مامایی، تشخیص در جنین، و ژنتیک پیش از تولد را در اختیار ما قرار داده است. دکتر باربارا هوفمن، معلومات بالینی گسترده خود در عرصه مسائل عمومی مامایی و پیش‌گیری از بارداری و نیز رویان‌شناسی، آناتومی، و پاتولوژی جفت را در اختیار ما گذارده است. دکتر برایان کیسی، ما را از تجربیات ارزشمند خود در زمینه پژوهش و مامایی به همراه علاقمندی ویژه خود نسبت به دیابت، اختلالات رشد جنین، و فیزیولوژی تیروئید بهره‌مند ساخته است. دکتر جین شیفلد نیز با دانش و ذکاوت بالینی خویش و علاقمندی‌اش به پژوهش در عرصه اختلالات طبی مادر، مراقبت‌های ویژه، و عفونت‌های دوران بارداری و پری‌ناتال، به ما پیوسته است.

به علاوه، ما از بازگشت دو ویراستار سابق خود خرسندیم که همچنان سبب افزایش غنای چشمگیر درسنامه حاضر شده‌اند. دکتر دایان تویکلر، از دانش و تجربیات شگرف خود در زمینه پیشرفت‌های بالینی و تکنولوژیک مرتبط با تصویربرداری از جنین و مادر با استفاده از سونوگرافی، رادیولوژی، و MRI بهره می‌گیرد. دکتر مالا ماهندرو نیز از دانشمندان برجسته علوم پایه است که همچنان نقش بی‌ظیری در ارائه نسخه‌های ترجمه شده‌ای از جنبه‌های مربوط به علوم پایه در تولیدمثل انسان را برعهده دارد. سرانجام، چهار ویراستار جدید نیز گروه ویراستاری را تکمیل کرده و انتشار کتاب حاضر را امکان‌پذیر ساخته‌اند. دکتر کوین وورلی و دکتر سِت هاوکینز، نقاط قوت فزاینده‌ای را در عرصه‌های طب مادر - جنین بالینی و دانشگاهی فراهم آورده‌اند. دکتر دان مک انتایر نیز بخش عمده‌ای از داده‌های حاصل از پایگاه داده گسترده‌ای را ارائه کرده است که پایه و اساس خدمات فراگیر مامایی در بیمارستان پارکلند و مرکز پزشکی جنوب غربی دانشگاه تگزاس را تشکیل می‌دهد. دکتر لوئیس کالور همچنان وظیفه بی‌نقص خود در عرصه نظارت بر امور هنری جدید در ویراست حاضر و ویراست‌های پیشین را ادامه می‌دهد. در مجموع، نقاط قوت هر یک از مؤلفان، به یکدیگر افزوده شده‌اند تا جمع کل تلاش آکادمیک ما را پدید آورند.

ف. گری کانینگهام

کیت ج. لوانو

استیون ل. بلوم

فهرست مطالب

اصلاح بیماری‌های قلبی به وسیله جراحی ۹۰	بخش ۱۲ - عوارض طبی و جراحی ۱۱
بیماری دریچه‌ای قلب ۹۴	فصل ۴۶: ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر ... ۱۳
بیماری قلبی مادرزادی ۹۸	اعمال جراحی در دوران بارداری ۱۴
هیپرتانسیون ریوی ۱۰۲	جراحی لاپاروسکوپیک در دوران بارداری ۱۵
کاردیومیوپاتی‌ها ۱۰۴	تکنیک‌های تصویربرداری ۱۸
نارسایی قلبی ۱۰۸	تشعشع یونیزان ۱۹
اندوکاردیت عفونی ۱۰۹	پرتوتابی درمانی ۲۳
آریتمی‌ها ۱۱۰	پرتوتابی تشخیصی ۲۳
بیماری‌های آئورت ۱۱۲	سونوگرافی ۲۸
بیماری ایسکمیک قلب ۱۱۵	تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) ۲۸
فصل ۵۰: هیپرتانسیون مزمن ۱۲۱	رهنمودهایی جهت تصویربرداری تشخیصی در دوران بارداری ۳۰
ملاحظات کلی ۱۲۱	فصل ۴۷: مراقبت‌های ویژه و تروما ۳۳
تشخیص و ارزیابی در دوران بارداری ۱۲۳	مراقبت‌های ویژه مامایی ۳۳
اثرات نامطلوب بر روی بارداری ۱۲۴	ادم حاد ریه ۳۶
داروهای ضد فشارخون ۱۲۹	سندرم دیسترس تنفسی حاد ۳۸
درمان ضد فشارخون در دوران بارداری ۱۳۱	سندرم سپسیس ۴۳
هیپرتانسیون تشدید شده در بارداری یا سوار شدن پره اکلامپسی ۱۳۲	تروما ۴۹
ارزیابی جنین ۱۳۲	آسیب‌های حرارتی ۵۷
وضع حمل ۱۳۳	احیای قلبی - ریوی ۵۸
هیپرتانسیون پس از زایمان ۱۳۳	فصل ۴۸: چاقی ۶۵
فصل ۵۱: اختلالات ریوی ۱۳۷	ملاحظات کلی ۶۵
آسم ۱۳۸	عوارض و مرگ و میر ناشی چاقی ۶۸
برونشیت حاد ۱۴۴	درمان چاقی ۶۸
پنومونی ۱۴۴	بارداری و چاقی ۶۸
پنومونی‌های باکتریایی ۱۴۵	فصل ۴۹: اختلالات قلبی - عروقی ۸۱
پنومونی آنفلوآنزایی ۱۴۷	ملاحظات فیزیولوژیک در دوران بارداری ۸۱
سل ۱۵۰	تشخیص بیماری قلبی ۸۳
سارکوئیدوز ۱۵۴	ملاحظات درمانی حول و حوش زایمان ۸۶
فیروز کیستیک ۱۵۵	

۲۴۹	کبد چرب حاد حاملگی	۱۵۸	مسمومیت با منوکسیدکربن
۲۵۳	هپاتیت ویروسی	فصل ۵۲: اختلالات ترومبوآمبولیک	۱۶۴
۲۵۹	بیماری کبد چرب غیرالکلی	۱۶۴	پاتوفیزیولوژی
۲۶۰	سیروز	۱۶۵	ترومبوفیلی ها
۲۶۱	مصرف دوز بیش از حد استامینوفن	۱۷۵	غربالگری ترومبوفیلی ها
۲۶۲	آدنوم کبد	۱۷۵	ترومبوز وریدهای عمقی
۲۶۴	اختلالات کیسه صفرا	۱۸۲	زایمان و وضع حمل
۲۶۶	اختلالات پانکراس	۱۸۴	ترومبوفلیت وریدهای سطحی
فصل ۵۶: اختلالات هماتولوژیک	۲۷۲	۱۸۴	آمبولی ریه
۲۷۴	آنمی فقر آهن	۱۹۰	ترومبوپروفیلاکسی
۲۷۵	آنمی ناشی از بیماری های مزمن	فصل ۵۳: اختلالات کلیه و مجاری ادرار	۱۹۷
۲۷۶	آنمی مگالوبلاستیک	۱۹۷	تغییرات دستگاه ادراری در دوران بارداری
۲۷۷	آنمی همولیتیک	۱۹۹	عفونت های دستگاه ادراری
۲۸۱	آنمی آپلاستیک و هیپوپلاستیک	۲۰۴	نفرولیتیاز (سنگ کلیه)
۲۸۲	پلی سیتمی ها	۲۰۷	بارداری پس از پیوند کلیه
۲۸۳	هموگلوبینوپاتی ها	۲۰۸	بیماری کلیه پلی کیستیک
۲۹۰	سندرم های تالاسمی	۲۰۹	بیماری های گلومرولی
۲۹۳	اختلالات پلاکتی	۲۱۲	بیماری مزمن کلیه
۲۹۹	اختلالات انعقادی ارثی	۲۱۶	آسیب حاد کلیه
۳۰۰	بیماری فون ویلبراند	۲۱۸	ضایعات مجاری تناسلی تحتانی
فصل ۵۷: دیابت قندی	۳۰۹	فصل ۵۴: اختلالات دستگاه گوارش	۲۲۳
۳۰۹	انواع دیابت	۲۲۳	تکنیک های تشخیصی
۳۱۱	دیابت پیش از بارداری	۲۲۴	لاپاروتومی و لاپاروسکوپی
۳۱۲	تشخیص	۲۲۴	حمایت تغذیه ای
۳۲۱	درمان دیابت در دوران بارداری	۲۲۵	اختلالات دستگاه گوارش فوقانی
۳۲۵	دیابت بارداری	۲۲۵	استفراغ شدید بارداری
۳۲۵	غربالگری و تشخیص	۲۳۱	خونریزی دستگاه گوارش فوقانی
۳۲۹	تأثیرات بر روی مادر و جنین	۲۳۱	اختلالات روده باریک و کولون
فصل ۵۸: اختلالات اندوکراین	۳۴۱	۲۳۱	اسهال حاد
۳۴۱	بارداری و فیزیولوژی تیروئید	۲۳۲	بیماری التهابی روده
۳۴۳	هایپرتیروئیدیسم	۲۳۷	انسداد روده
۳۵۰	هایپوتیروئیدیسم	۲۳۹	آپاندیسیت
۳۵۱	هایپوتیروئیدیسم بدون علامت	فصل ۵۵: اختلالات کبد، کیسه صفرا و	
۳۵۵	کمبود ید	پانکراس	۲۴۵
۳۵۶	هایپوتیروئیدیسم مادرزادی	۲۴۵	اختلالات کبد
۳۵۶	تیروئیدیت پس از زایمان	۲۴۷	کلستاز داخل کبدی حاملگی
۳۵۷	بیماری ندولار تیروئید		

فصل ۶۲: اختلالات پوستی ۴۴۳

- درماتوزهای اختصاصی بارداری ۴۴۳
بیماری‌های پوستی که مختص بارداری نیستند ۴۴۷
درمان بیماری‌های پوستی ۴۴۸

فصل ۶۳: بیماری‌های نئوپلاستیک ۴۵۱

- اصول درمان سرطان در دوران بارداری ۴۵۱
نئوپلازی‌های دستگاه تولیدمثل ۴۵۴
کارسینوم پستان ۴۶۷
سرطان تیروئید ۴۷۰
بدخیمی‌های سلول لنفویید ۴۷۰
ملانوم بدخیم ۴۷۳
کانسرهای دستگاه گوارشی ۴۷۴
سایر تومورها ۴۷۵

فصل ۶۴: بیماری‌های عفونی ۴۸۱

- ایمونولوژی مادر و جنین ۴۸۱
عفونت‌های ویروسی ۴۸۲
عفونت‌های باکتریایی ۴۹۶
عفونت‌های پروتوزوایی ۵۰۶
عفونت‌های نوظهور ۵۱۰
ملاحظات مسافرت در دوران بارداری ۵۱۱
بیوتروریسم ۵۱۲

فصل ۶۵: بیماری‌های آمیزشی ۵۱۹

- سیفیلیس ۵۱۹
گنوره ۵۲۵
عفونت‌های کلامیدیایی ۵۲۶
ویروس هرپس سیمپلکس ۵۲۸
شانکروئید ۵۳۳
پاپیلوما ویروس انسانی ۵۳۴
واژینیت ۵۳۶
ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) ۵۳۷

ضمیمه ۵۵۳

نمایه ۵۷۱

- بیماری‌های پاراتیروئید ۳۵۸
اختلالات غده آدرنال ۳۶۱
بیماری‌های هیپوفیز ۳۶۵

فصل ۵۹: بیماری‌های بافت همبند ۳۷۳

- بیماری‌های بافت همبند با واسطه ایمنی ۳۷۳
لوپوس اریتماتوی سیستمیک ۳۷۴
سندرم آنتی‌بادی آنتی فسفولیپید ۳۸۱
آرتریت روماتوئید ۳۸۷
اسکلروز سیستمیک (اسکلرودرمی) ۳۹۱
سندرم‌های واسکولیت ۳۹۲
میوپاتی‌های التهابی ۳۹۴
اختلالات ارثی بافت همبند ۳۹۵

فصل ۶۰: اختلالات نورولوژیک ۴۰۱

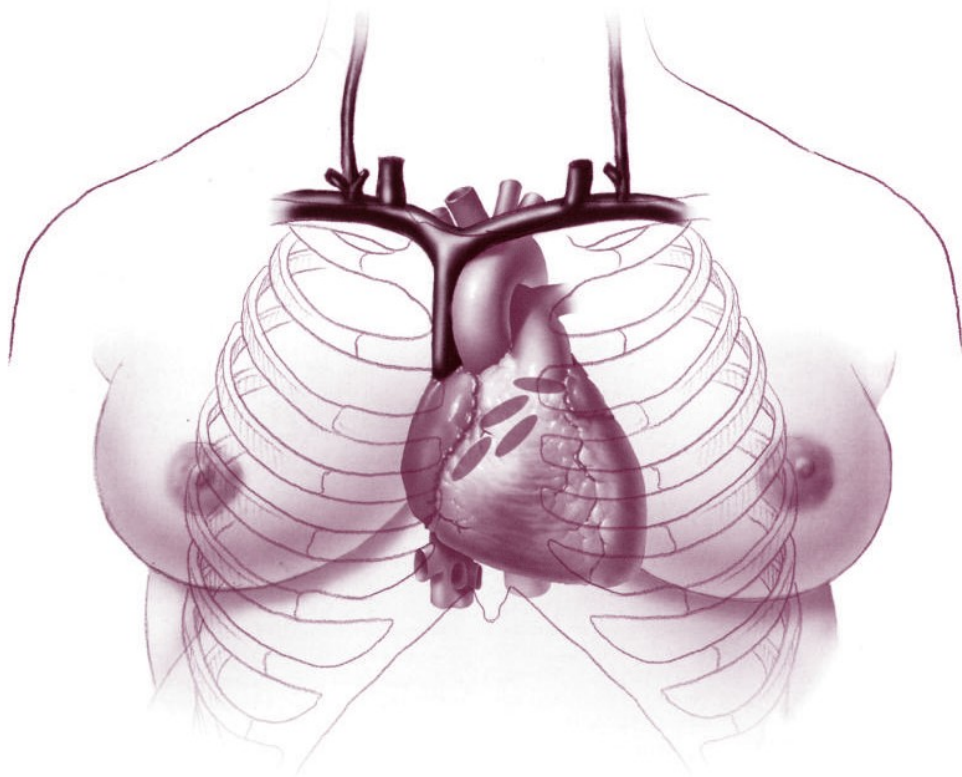
- تصویربرداری سیستم اعصاب مرکزی ۴۰۱
سردرد ۴۰۲
اختلالات تشنجی ۴۰۴
بیماری‌های عروق مغزی ۴۰۸
بیماری‌های میلین زدا یا دژنراتیو ۴۱۳
نوروپاتی‌ها ۴۱۷
آسیب‌های طناب نخاعی ۴۱۹
افزایش ایدیوپاتیک فشارخون در داخل جمجمه ۴۲۰
شانت‌های بطنی در مادر ۴۲۱
مرگ مغزی مادر ۴۲۲

فصل ۶۱: اختلالات روانپزشکی ۴۲۷

- سازگاری روانی با بارداری ۴۲۷
نفاس ۴۲۸
ارزیابی پره‌ناتال ۴۲۸
ملاحظات درمانی ۴۲۹
اختلالات افسردگی ۴۲۹
اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن ۴۳۶
اختلالات اضطرابی ۴۳۷
اختلالات طیف اسکیزوفرنی ۴۳۸
اختلالات تغذیه و خوردن ۴۳۹
اختلالات شخصیت ۴۳۹

بخش ۱۲

عوارض طبی و جراحی



ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر

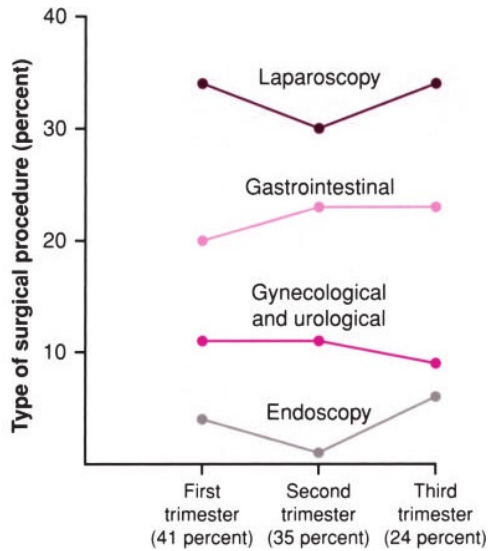
زن به ازای هر ۱۰۰۰ وضع حمل بود (Kuo, ۲۰۰۷). قریب به یک مورد از هر ۶۳۵ زن باردار تحت یک عمل جراحی غیرمامایی قرار می‌گیرند (Corneille, ۲۰۱۰; Kizer, ۲۰۱۱). بسیاری از این اختلالات غیرمامایی در محدوده قلمرو ماماها قرار دارند. در هر حال برخی از آنها نیاز به مشاوره دارند، و همچنان سایر آنها نیاز به یک تیم متشکل از چند تخصص مختلف دارند. در مورد آخر اعضای تیم می‌توانند شامل متخصصین طب مادر و جنین، متخصصین داخلی و فوق تخصص‌های پزشکی، جراحان متخصصین بی‌هوشی، و تعداد رشته‌های دیگر باشند (کالج زنان و مامایی آمریکا، ۲۰۱۳). در این شرایط ماماها باید اطلاعات شغلی وسیعی از طیف اختلالات شایع متصور برای زنان در سنین بارداری داشته باشند. به طور هم‌زمان افراد غیر ماما که به این زنان و جنین متولد نشده آنها یاری می‌رسانند نیز باید با تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری و ملاحظات خاص جنینی آشنا باشند. بسیاری از این دغدغه‌های طبیعی بارداری تأثیراتی قابل توجه از لحاظ بالینی بر بسیاری از بیماری‌ها دارند و به نظر می‌رسد تغییراتی در مقادیر روتین آزمایشگاهی ایجاد می‌کنند.

این امری بدیهی است که نباید زنی را به علت بارداری مجازات نمود. به منظور اطمینان حاصل نمودن از این موضوع باید یک سری سؤال پاسخ داده شوند.

- در صورتی که زن باردار نبود راهکار درمانی پیشنهادی چه می‌بود؟
- در صورتیکه درمان پیشنهادی به علت باردار بودن متفاوت است آیا می‌توان آن را توجیه کرد؟
- چه خطرات و مزایایی برای مادر و جنین وی مطرح هستند و آیا این دو موجود در مقابل یکدیگر قرار دارند؟
- آیا می‌توان یک برنامه درمانی فردی‌سازی شده طراحی

۱۴	اعمال جراحی در دوران بارداری.....
۱۵	جراحی لاپاروسکوپیک در دوران بارداری.....
۱۸	تکنیک‌های تصویربرداری.....
۱۹	تشعشع یونیزان.....
۲۳	پروتوایی درمانی.....
۲۳	پروتوایی تشخیصی.....
۲۸	سونوگرافی.....
۲۸	تصویربرداری با تشدید مغناطیسی.....
	رهنموده‌هایی برای تصویربرداری تشخیصی در دوران بارداری.....
۳۰	بارداری.....

هیچ‌گاه زنی را به دلیل بارداری مجازات نکنید. زنان باردار مستعد ابتلا به کلیه اختلالات طبی و جراحی هستند که برای زنان در سنین باروری مطرح هستند. برخی از این اختلالات، به ویژه آنهایی که روندی مزمن دارند اغلب موارد پیش از بارداری وجود داشته‌اند. لیکن آنها نیز مانند سایر اختلالات می‌توانند به صورت حاد در یک بارداری که از سایر نظرها طبیعی بوده است رخ دهند. بررسی کمی اختلالات غیرمامایی که می‌توانند بارداری را دچار عارضه کنند به طور دقیق امری دشوار است لیکن می‌توان تا حدودی آنها را تخمین زد. به عنوان مثال در یک جمعیت تحت درمان - مراقبت میزان کلی بستری در دوران پیش از تولد ۱۰/۱ مورد به ازای هر ۱۰۰ وضع حمل بود (Gazmararian, ۲۰۰۲). از این میان قریب به یک‌سوم موارد به دلیل موقعیت‌های غیرمامایی شامل بیماری‌های کلیوی، ریوی و عفونی بودند. در مطالعه‌ای دیگر توسط نمونه‌گیری بستری فراملیتی ۲۰۰۲، میزان بستری در بیمارستان به دلیل صدمه دیدن ۴/۱



تصویر ۱-۴۶. نسبت اعمال جراحی برحسب سه ماهه‌های بارداری در ۳۶۱۵ زن باردار.

حتی اگر تکنیک‌های جراحی و بیهوشی، بی‌عیب و نقص باشند نیز خطر مرگ‌ومیر و عوارض مادری و پری‌ناتال به نحو قابل توجهی افزایش می‌یابند. در مقابل عوارض ناشی از عمل نیز ممکن است اثرات نامطلوبی بر پیامدها داشته باشند. به عنوان مثال، زنی که آپاندیس ملتهب وی بدون عارضه خارج گردیده است، ممکن است در جریان لوله‌گذاری یا خارج‌سازی لوله تراشه دچار آسپیراسیون محتویات اسیدی معده شود. هم‌چنین در مقایسه با زنان غیرباردار، زنان بارداری که تحت اعمال جراحی مشابه قرار می‌گیرند به نظر نمی‌رسد دچار عارضه‌های بیشتری گردند (Silvestri, ۲۰۱۱).

■ اثر جراحی و بیهوشی بر روی پیامدهای بارداری

گسترده‌ترین داده‌هایی که در زمینه خطرات جراحی و بیهوشی در دوران بارداری وجود دارند، از دفتر ثبت موالید سوئد استخراج شده‌اند و توسط Källén و Mazzé (۱۹۸۹) گزارش شده‌اند. در این مطالعه، اثر ۵۴۰۵ عمل جراحی غیرمأمایی که مابین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۸۱ بر روی ۷۲۰,۰۰۰ زن باردار صورت گرفته بودند، آنالیز شد.

کرد که مابین مزایا و خطرات تغییرات ایجاد شده توسط آن تعدیل برقرار باشد؟

چنین رویکردی باید امکان فردی‌سازی کردن مراقبت‌ها را برای زنان در اغلب اختلالات طبی و جراحی که بارداری را عارضه‌دار می‌سازند، فراهم نماید. علاوه بر این چنین رویکردی به ویژه می‌تواند هنگام مشاوره با سایر متخصصان مفید واقع شود.

فیزیولوژی مادر و تغییر مقادیر آزمایشگاهی

بارداری باعث القای تغییراتی فیزیولوژیک در کل دستگاه‌های بدن می‌گردد. برخی از این تغییرات، عمیق بوده ممکن است باعث تسهیل یا ایجاد ابهام در ارزیابی اختلالات موجود شوند. نتایج بسیاری از تست‌های آزمایشگاهی نیز ممکن است تغییر کند؛ برخی از این تغییرات، در زنان غیرباردار، غیرطبیعی تلقی می‌شوند. به عکس، گاه، نتایج تست‌ها ممکن است طبیعی باشد، حال آن که در فرد باردار غیرطبیعی لحاظ می‌شوند. طیف وسیع اثرات بارداری بر روی فیزیولوژی طبیعی فرد و نیز مقادیر آزمایشگاهی، به طور مفصل در فصل ۴ در فصول پیش رو و در بخش ضمیمه مورد بحث قرار گرفته است.

مصرف داروها در دوران بارداری

خوشبختانه بخش اعظم داروهایی که برای درمان شایع‌ترین بیماری‌هایی که بارداری را دچار عارضه می‌کنند، به کار می‌روند، نسبتاً بی‌خطر هستند. با این حال، در این زمینه استثنائات شایان توجهی وجود دارند که به طور مفصل در فصل ۱۲ مورد بحث قرار گرفتند.

اعمال جراحی در دوران بارداری

در اکثر زنانی که تحت اعمال جراحی بدون عارضه قرار می‌گیرند، خطر پیامدهای نامطلوب بارداری چندان افزایش نمی‌یابد. با این حال، در صورتی که جراحی با عارضه همراه باشد، احتمالاً این خطر افزایش می‌یابد. به عنوان مثال در آپاندیسیت پرفورده همراه با پریتونیت مدفوعی (feculent)،

احتمالاً حاصل اثر سینرژستیک بیماری و عمل جراحی است. در مطالعه‌ای دیگر در بررسی ۲۳۵ زن که تحت جراحی توده آدنکسی قرار گرفته بودند، نرخ وضع حمل پره‌ترم بالاتر بود (Hong, ۲۰۰۶).

Mazze و Källén (۱۹۹۰) به دقت ۵۷۲ عمل جراحی که در هفته‌های ۴ و ۵ انجام گرفته بودند را مورد بررسی قرار داده و دریافتند که هیچ ارتباط معنی‌داری بین انجام اعمال جراحی و نقایص لوله عصبی وجود ندارد. Czeizel و همکاران وی (۱۹۹۸) با بررسی پایگاه داده‌های مجارستان، هیچ مدرکی را دال بر تراژون بودن داروهای بی‌هوشی پیدا نکردند. Kuczkowski (۲۰۰۶) نتیجه‌گیری کرد که هیچ شواهد محکمی دال بر آسیب‌رسان بودن داروهای بی‌هوشی برای جنین وجود ندارد.

جراحی لاپاروسکوپیک در دوران بارداری

لاپاروسکوپي به شایع‌ترین عمل جراحی در سه ماهه اول بدل شده است که به منظور تشخیص و درمان اختلالات جراحی متعددی به کار می‌رود (Kuczkowski, ۲۰۰۷). علاوه بر درمان بارداری نابجا (فصل ۱۹)، از این روش به طور ترجیحی طی اغلب بارداری‌ها جهت مشاهده و درمان توده‌های آدنکس (فصل ۶۳)، به منظور آپاندکتومی (فصل ۵۴) و برای کوله‌سیستکتومی (فصل ۵۵) مورد استفاده قرار می‌گیرد. در سال ۲۰۱۱ راهکارهای کمیته جامعه جراحان گوارش و اندوسکوپي (SAGES) توصیه‌های خود را در خصوص کاربرد لاپاروسکوپي در زنان باردار به روز نمود. برخی از این راهکارها در **جدول ۲-۴۶** فهرست شده‌اند.

اطلاعات در خصوص انتخاب رویکرد جراحی در زنان باردار از مرکز داده‌های کالج جراحان آمریکا استخراج می‌شود (Silvestri, ۲۰۱۱). طی یک دوره پنج ساله که در سال ۲۰۰۹ پایان یافت قریب به ۱۳۰۰ زن باردار که تحت آپاندکتومی یا کوله‌سیستکتومی قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. آپاندکتومی باز در ۳۶ درصد از ۸۵۷ زن باردار مورد استفاده قرار گرفت اما در مقایسه با گروه غیرباردار تنها در ۱۷ درصد موارد به کار رفت. از میان کسانی که تحت کوله‌سیستکتومی قرار گرفتند جراحی باز در ۱۰ درصد از ۴۳۶ زن باردار و ۵ درصد زنان غیرباردار به کار رفته بود.

جدول ۱-۴۶. پیامدهای تولد در ۵۴۰۵ زن بارداری که تحت اعمال جراحی غیرمامایی قرار گرفته بودند.

پیامد	میزان بروز	مقدار P
ناهنجاری‌های عمده	۱/۹ درصد	NS
مرده‌زایی	۷ در هزار	NS
مرگ نوزاد تا روز هفتم پس از تولد	۱۰/۵ در هزار	< ۰/۰۵
زایمان پره‌ترم (< ۳۷wk)	۷/۵ درصد	< ۰/۰۵
وزن هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰g	۱/۲ درصد	< ۰/۰۵
وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰g	۶/۶ درصد	< ۰/۰۵

a: در مقایسه با ۷۲۰۰۰ زن بارداری که تحت عمل جراحی قرار نگرفته بودند.
NS: غیرقابل توجه

در قریب به نیمی از اعمال جراحی از بی‌هوشی عمومی استفاده شد که بیشتر شامل اکسیدنیتریک همراه با یک داروی استنشاقی دیگر یا یک داروی داخل وریدی بود. این اعمال جراحی در ۴۱ درصد زنان در سه ماهه اول، ۳۵ درصد در سه ماهه دوم، و ۲۴ درصد در سه ماهه سوم انجام گرفتند. توزیع جراحی‌ها براساس نوع عمل جراحی در **تصویر ۱-۴۶** نمایش داده شده است. به طور کلی ۲۵ درصد جراحی‌ها جراحی شکم بود و ۲۰ درصد موارد را جراحی ژنیکولوژیک یا اورولوژیک تشکیل می‌داد. لاپاروسکوپي شایع‌ترین جراحی انجام شده بود و آپاندکتومی شایع‌ترین جراحی در سه ماهه دوم بود.

پیامدهای پری‌ناتال

عوارض پری‌ناتال وسیعی که متعاقب جراحی‌های غیرمامایی مشاهده می‌گردند، بیشتر به خود بیماری نسبت داده می‌شوند تا به آثار نامطلوب جراحی و بی‌هوشی. دوباره دفتر ثبت تولدهای کشور سوئد داده‌های ارزشمندی را فراهم آورد که در **جدول ۱-۴۶** ملاحظه می‌کنید (Mazze, ۱۹۸۹). میزان بروز نوزادان دچار مالفورماسیون مادرزادی یا مرده‌زایی، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. با این حال در زنانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، میزان بروز وزن پایین هنگام تولد، زایمان پره‌ترم و مرگ نوزادی به طور چشمگیری بالاتر بود. افزایش نرخ مرگ‌ومیر نوزادی تا حد زیادی ناشی از زایمان پره‌ترم بود. این محققان نتیجه گرفتند که این افزایش

داشته شود، تغییرات قلبی-تنفسی زنان عموماً شدید نخواهند بود. با پیش غیرتهاجمی وضعیت همودینامیک زنان در اواسط دوران بارداری که شاخص قلبی^۱ پس از ۵ دقیقه دمیدن هوا ۲۶ درصد و پس از ۱۵ دقیقه دمیدن هوا ۲۱ درصد کاهش یافت. (Steinbrook, ۲۰۰۱). با این وجود فشار متوسط شریانی، مقاومت عروق سیستمیک، و ضربان قلب دچار تغییر قابل توجهی نشدند.

■ پیامدهای پری‌ناتال

از آن جایی که اثرات لاپاروسکوپی بر روی جنین انسان به طور دقیق شناخته نشده‌اند، مطالعات حیوانی می‌توانند کمک کننده باشند. محققان مختلفی در مطالعات قدیمی با بررسی گوسفندهای ماده دریافتند که اگر به دنبال دمیدن هوا، فشار داخل صفاقی از ۱۵mmHg تجاوز کند، جریان خون رحمی-جفتی کاهش می‌یابد (Barnard, ۱۹۹۵; Hunter, ۱۹۹۵). علت این مسأله کاهش فشار خون‌رسانی و افزایش مقاومت عروق جفت می‌باشد (جدول ۳-۴۶). مطالعه‌ای که توسط Reedy و همکاران (۱۹۹۵) بر روی بابون‌ها صورت گرفت نیز نتایجی مشابه را حاصل نمود. مطالعات متعددی که از آن زمان بر روی گوسفندها صورت گرفته‌اند، مؤید یافته‌های فوق می‌باشند (Reynolds, ۲۰۰۳; O'Rourke, ۲۰۰۶).

Reedy و همکاران وی (۱۹۹۷) از داده‌های به روز شده دفتر ثبت موالید سوئد استفاده نمودند تا طی یک دوره ۲۰ ساله داده‌های مربوط به بیش از دو میلیون زایمان را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند. در این فاصله، ۲۱۸۱ مورد عمل لاپاروسکوپی انجام گرفته بود؛ این اعمال عمدتاً در طول سه ماهه نخست انجام شده بودند. پیامدهای پری‌ناتال در زنانی که تحت لاپاروسکوپی قرار گرفته بودند با تمام زنان موجود در دفتر ثبت موالید از جمله آنهایی که جراحی باز داشتند مقایسه شد. یافته‌ها مؤید مطالعات پیشین بودند. خصوصاً خطر وضع حمل پره‌ترم، وزن کم هنگام تولد و محدودیت رشد جنین در هر دو گروهی که تحت جراحی قرار گرفته بودند نسبت به گروه شاهد بالاتر بود. با مقایسه لاپاروسکوپی و لاپاروتومی مشخص شد که پیامدها بین این دو گروه هیچ‌گونه تفاوتی ندارند. از یک مطالعه مشاهده‌ای بر روی

کارآزمایی تصادفی جهت مقایسه جراحی لاپاروسکوپی با جراحی باز وجود ندارد، با این حال در اغلب بررسی‌ها پیامدها به یک اندازه قانع‌کننده بوده‌اند (Bunyavejchevin, ۲۰۱۳; Fatum, ۲۰۰۱; Lachman, ۱۹۹۹). شایع‌ترین اعمال جراحی انجام شده عبارت بودند از کوله‌سیستکتومی، جراحی آندکس، و آپاندکتومی. جراحی توده‌های آدنکسی به روش لاپاروسکوپی در بارداری ارجح است و بی‌خطر بودن نسبی آن توسط محققان متعددی به اثبات رسیده است (Biscette, ۲۰۱۱; Hoover, ۲۰۱۱; Koo, ۲۰۱۱; ۲۰۱۱). در ابتدا سن بارداری ۲۶ تا ۲۸ هفته بالاترین حد سن بارداری توصیه شده بود، لیکن با به دست آمدن تجربیات جدید در حال حاضر بسیاری از جراحی‌های لاپاروسکوپی در سه ماهه سوم انجام می‌گیرند (Donkervoort, ۲۰۱۱; Kizer, ۲۰۱۱). در گزارشی از ۵۹ زن باردار که تحت کوله‌سیستکتومی یا آپاندکتومی لاپاروسکوپی قرار گرفتند، یک سوم موارد سن بارداری بالای ۲۶ هفته داشتند (Rollins, ۲۰۰۴). این اعمال جراحی هیچ‌گونه آثار نامطلوب ماندگاری در پی نداشتند. در حال حاضر گزارش‌هایی وجود دارند مبنی بر انجام اسپلنکتومی، آدرنالکتومی، و نفرکتومی به روش لاپاروسکوپی در دوران بارداری (Aubrey-Bassier, ۲۰۱۲; Gernsheimer, ۲۰۰۷; Kosaka, ۲۰۰۶; Miller, ۲۰۱۲; Stroup, ۲۰۰۷).

■ آثار همودینامیک

تغییرات همودینامیک ناشی از دمیدن هوا به درون شکم جهت انجام لاپاروسکوپی، در زنان باردار و غیرباردار مشابه است (جدول ۳-۴۶). Reedy و همکاران وی (۱۹۹۵) بابون‌ها را در مقاطعی که معادل سن بارداری ۲۲ تا ۲۶ هفته‌گی در انسان بود، مورد مطالعه قرار دادند. آنها دریافتند که در صورت دمیدن هوا با فشار ۱۰mmHg، هیچ‌گونه تغییر فیزیولوژیک قابل توجهی روی نمی‌دهد؛ با این حال دمیدن با فشار ۲۰mmHg باعث بروز تغییراتی قابل توجه در سیستم‌های تنفسی و قلبی-عروقی مادر، پس از ۲۰ دقیقه می‌گردد. تغییرات مذکور عبارتند از: افزایش سرعت تنفس، اسیدوز تنفسی، کاهش برون‌ده قلب، افزایش فشار گوه‌ای و افزایش فشار شریان ریوی.

در صورتی که دمیدن هوا با فشار زیر ۲۰mmHg نگه

1- cardiac index

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.