بیماریهای آلرژی و آبستنی

دکتر محمد بهشتی ـ دکتر محمد طواف ـ دکتر مجید کیمیائی*

مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۹۴ ، ۱۳۵۲

بیماریهای آلرژی دردوران آبستنی محتملاً تحت تأثیر ترشحات غده‌های درون ریز دستخوش تغییراتی قرارمیگیرد، بطوریکه در عده‌ای تخفیف کلی ودر گروهی شدت می‌یابد.

تست مثبت توبرکولین بطور تقریب دریك چهارم اززنان آبستن ضعیفتر میشود.

دردوران آبستنی میزان هیستامیناز (Histaminase) اکثر بمقدار قابل‌توجهی افزایش پیدا میکند، گرچه اهمیت بالینی این افزایش بخوبی روشن نشده‌است.

در دوران آبستنی گاه یك نوع رینیت وازوموتور عارض میشود که علت آن بدرستی معلوم نیست . این عارضه چند روز یا چند هفته پس از زایمان بهبود پیدا میکند .

آسم و آبستنی

بسیار اتفاق می‌افتدکه آسم در دوران آبستنی بهبود می‌یابد و یا ازشدت حمله‌های آن‌کاسته میشود ولی چندروز یا چند هفته پس اززایمان بازمیگردد. درقلیلی ازموارد شدت پیدا میکند.موارد نادری گزارش داده شده است که‌آسم فقط در دوران آبستنی پدید آمده و پس اززایمان بهبود یافته است.

درگزارشی نوشته‌اندکه‌لوتئین وعصاره قدامی هیپوفیز دردرمان آسم در زمان آبستنی نتایج خوب داشته است. گولدزی Goczy معتقد است که اگر آسم در دوران آبستنی بسیار شدید شود باید سقط‌جنین‌را موردبررسی‌قرارداد(۱). برخی ازمتخصصان‌آلرژی دریافته‌اند که شدت آسم در زنان چندزا به جنس جنین بستگی دارد (۲) درکلینیك آسم کاردیف انگلستان صد مورد آبستنی و آسم‌را تاماه نهم‌تحت مطالعه قرارداده وچنین‌نتیجه گرفته‌اند(۳) ۴۲ درصد بهبود نسبی، ۳۴ درصد بدون تغییر و ۲۴ درصد آسم شدت یافته است.

کسانیکه در دوران آبستنی آسمشان شدت پیداکرده بیمـارانی بوده‌اندکه قبل‌ازآبستنی مبتلا بنوع شدیدآسم بوده‌اند. ازنودو-چهار بیمارکه قبل ازآبستنی دچارآسم متوسط بوده‌اند فقط۹تن در دوران آبستنی به آسم شدید مبتلا شده‌اند.

در ۲۳ بیمـارکه در دوران آبستنی بعلت شدت یـافتن آسم در بیمارستان بستری شده‌اند، ۸۳ درصدآنان قبل ازآبستنی‌گرفتار نوع شدید بیماری بوده‌اند . تغییراتی‌که درسیر بیماری آسم در آبستنی‌حاصل میشود محتملا مربوط به‌تغییراتی است‌که درترشح غده‌های درون ریز دراین دوران اتفاق می‌افتد.

انگیزه اساسی تشدید آسم در دوران آبستنی عفونت‌های بینی و راههای تنفس و درمرتبه بعد استرس (Stress) است.

درمان بیماریهای آلرژی در دوره آبستنی

مسئله درمان بیماریهای آلرژی در دوران آبستنی همواره مورد توجه متخصصان زنان و زایمان بوده است.

آیا تستهای آلرژی و درمانهای آلرژی، ازجمله ایمنی درمانی یا رفع حساسیت بوسیله تزریق عصاره آلرژن، در زمان‌آبستنی مجاز است؟ ویا به‌استناد یك موردکه بوسیله فرانسیس Francis در ۱۹۴۱ گزارش داده شده است‌که زنی‌که تحت تزریق گرده-های چمن (Grass) وگرده‌های وابسته به‌آن بوده وسقط‌کرده و سقط را ناشی ازاین درمان دانسته است، شروع یا ادامه‌درمان آلرژی درزن آبستن ممنوع میباشد؟ (۴)

بنظرعموم‌متخصصان‌آلرژی، انجام‌تست‌های‌آلرژی وشروع یاادامه درمان‌آلرژی بوسیله‌ایمنی درمانی، دردوران‌آبستنی مجاز است. گزارشی‌که از۲۰۲ زن‌آبستن مبتلای به‌آلرژی در۱۹۴۱، تهیه شده، نشان میدهدکه‌جملگی در دوران‌آبستنی‌تحت درمان‌آلرژی ورفع‌حساسیت‌بوده‌اند ویاآنکه‌یازده مورد درخلال‌درمان واکنش

*کلینیك آلرژی تهران ـ خیابان تخت جمشید.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

عمومی شدید پیدا کردند درهیچیك ازموارد سقط جنین دیده نشده است (۴). نتیجه آنکه درمان آلرژی در آبستنی همانند زمان غیر آبستنی است و تفاوتی ندارد ومیتوان باتجویز داروهای علامتی وتزریق عصاره آلرژن بمنظور رفع حساسیت درمان را ادامه داد به این شرط که درمقدار داروها وعصاره‌ها مراقبت بیشتری معمول داشت. این بیماران بایدتحت نظر متخصص آلرژی ومتخصص زایمان باشند. ما نیز درکلینیك آلرژی تهران بهمین طریق عمل میکنیم و در طی دوسال و نیم که ازشروع کار کلینیك میگذرد حادثه‌ای ندیده‌ایم. زنان مبتلا به‌آسم که ازاول آبستنی تحت درمان قرار نگیرند درسه ماهه آخر آبستنی ممکن است آسمشان خیلی شدید شود.

بطور خلاصه:

۱ـ میزان سقط‌جنین وزایمان پیش ازهنگام درزنان آبستن‌مبتلا به‌آلرژی‌که تحت درمان آلرژی هستند بیش از غیر آلرژیك‌ها نیست.

۲ـ اگررفع حساسیت بدقت صورت‌گیرد ازلحاظ آبستنی‌اشکالی بوجود نمی‌آید. گاه واکنش‌های شدید عمومی پیش می‌آید ولی کمتر به خونروی یا سقط یا زایمان پیش ازهنگام منجر میشود.

۳ـ استفاده از استروئیدها در دوران آبستنی در ۱۲ مورد که تحت نظر بوده‌اند نه درجنین و نه در مادر اثرسوء نداشته‌است.

۴ـ درمانهای علامتی‌جاری را باید بامقادیر (Dose) کمتر دارو ادامه داد بجز (ید) که‌کاهش مقدار آن ممکن است باعث‌پیدایش گواتر مادرزادی درجنین بشود.

۵ـ در زنان آبستن‌که بدرمانهای عادی جواب نمیدهند باید در بیمارستان بستری شوند وتحت درمانهای شدید قرار گیرند تا از استاتوس‌آسماتیکوس (Status Asthmaticus) جلوگیری شود.

۶ـ شرح حال و گزارش حال‌زن آبستنی‌که دچار آلرژی وتحت درمانست، بخصوص اگر تحت درمان (ید) و استروئیدها باشد، باید به‌اطلاع پزشك متخصص کودکان‌که نوزادرا زیر نظر میگیرد برسد.

۷ـ بهتر است زن‌آبستن، مبتلا به‌آلرژی برضدآبله و انفلوانزا مایه‌کوبی نشود. تتراسیکلین ودیگر داروهائیکه ممکن است بر رشد جنین تأثیر داشته باشد داده نشود (۵).

۸ـ درآبستنی، آستانه تحمل نسبت‌به عصاره‌آلرژنها تغییرمیکند بنابراین حتی در زنانیکه قبل از آبستنی تحت درمان بوده و به تزریق مقدار نگاهدارنده عصاره عادت‌کرده‌اند توصیه میشود‌که آن مقدار را درآبستنی به نصف‌کاهش دهند.

۹ـ پس‌از زایمان نیز ممکن است درتحمل بیمار نسبت به عصاره آلرژنها تغییراتی روی دهد، لذا دراین‌دوره هم بهتر است‌که از مقدار عصاره بکاهند.

۱۰ـ شروع درمان‌آلرژی بوسیله تزریق عصاره دردوران‌آبستنی مجاز است اما اگر آلرژی، شدید و مزاحم نباشد بهتر است تا پایان آبستنی درمان را بتأخیر اندازند بخصوص که ارزش یا بی نتایج رفع‌حساسیت دردوره‌آبستنی‌دشواراست(۲).

استروئیدها وآبستنی

درمان بیماریهای آلرژی در آبستنی بوسیله استروئیدها خالی‌از ترس واحتیاط است.

در ۱۲ بیماریکه قبل از آبستنی و در دوره آبستنی تحت درمان استروئیدها بوده‌اند فقط دریك مورد جنین‌مرده بدنیا آمده است ومسلم نیست‌که علت این‌حادثه بکاربردن استروئیدها بوده‌باشد. درچهـار مورد دیگر که در تمام مدت آبستنی استروئید مصرف کرده‌اند زایمان درهرچهارمورد درآخر ترم‌صورت گرفته‌است و نوزادان همه سـالم و رشد طبیعی داشته‌اند. دربین این نوزادان لب شکری یا نقص‌های دیگر مادرزادی وجود نداشته است(۵).

در ۲۴ مادرکه ۳۳ آبستنی داشته‌اند وازآغاز آبستنی استروئید صرف میکرده‌اند فقط یك نوزاد با اسپینابیفیدا (Spina bifida) متولد شده است ولی نوزاد بعدی همین مادر سالم بدنیا آمده در حالی‌که همچنان استروئید مصرف می‌کرده است.

در۲۱مورد آبستنی‌که درسراسردوره‌آبستنی استفاده‌ازاستروئیدها ضرور بوده وهمچنین دردرمان چند مورد Status Asthmaticus که مقادیرخیلی زیاد استروئید بکار برده شده‌است نه درآبستنی و نه درزایمان آثاربدی ببار نیاورده است (۴).

تأثیرآلرژی مادر برجنین

مادران مبتلا به‌آلرژی‌احتمالاً نوزادان‌آلرژیك بدنیا می‌آورند و حتی اتفاق می افتد که نوزاد در دوران زندگی جنینی حساسیت پیدا میکند. آلرژن‌های مهم ایـن دوران، مواد غذائی‌است لذا بچنین مادران توصیه میشودکه در دوره‌آبستنی تخم‌مرغ، ماهی، آجیل وادویه بحداقل مصرف‌کنند واز خوردن غذاهای هوسانه و غیرضرور مانند شوکولات خودداری کنند، بیش از نیم‌لیتر شیر نخورند وآنرا هم ده دقیقه بجوشانند. این محدودیت‌های غذائی بخاطر اینست که از پیدایش حساسیت درون رحمی جنین نسبت بمواد نامبرده جلوگیری شود.

عده‌ای ازآلرژن‌های غذائی وداروها از راه شیرمادر ببدن نوزاد راه می‌یابند وباعث بروز تظاهرات‌آلرژی درنوزاد میشوند (۶). واکنش‌های شدید آلرژی درنوزادان پس از اولین تماس با مواد غذائی‌دیده‌شده است. برخی‌ازمتخصصان بروزاین‌قبیل‌واکنش‌های شدید را در نوزاد ناشی از حساسیت دوران زندگی داخل رحمی میدانند.

هرداروئی‌که زن باردارمصرف‌کند احتمال عبورش‌ازجفت هست.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

داروهائیکه از جفت میگذرد دو نوع اثر سوء ممکن است داشته باشد، یکی آثار سمی کـه در رشد جنین مؤثر می افتد و دیگر آثارآلرژی‌زا که میتواند پلاکت‌های جنین را حساس و بالنتیجه ایجاد خونروی کند.

استعداد ابتلا به‌آلرژی در نوزادانیکه پدر یامادر ویا هردو دچار آلرژی هستند ازطریق ژنها صورت میگیرد لکن بطوریکه گفته شد این امکان نیز هست که آلرژنها از طریق بند جفت بجنین برسد وجنین درقبال آلرژنها پادتن بسازد و بدین طریق نوزاد حساس بدنیا آید، باتوجه به‌اینکه جنین از بیست‌وچهارمین هفته حیات قدرت ساختن پادتن پیدا میکند.

واما انتقال رآژین‌های مادر به‌جنین ازراه‌جفت تاکنون گزارش داده نشده است ولی‌درگزارش جالبی‌که بطور خلاصه نقل میشود وشاید نخستین گزارش دراین باب باشد شرح حال نوزادی است کـه تست‌های مثبت پوستی داشته و هـم در بند جفت او رآژین یافته‌اند.

درمطالعه‌ای‌که در ۹۲ نوزادیکه ازپدر ومادرآلرژیك بدنیاآمده بودند تنهایك‌نوزاد بودکه هنگام تولد تست‌خراشی مثبت پوستی و واکنش مثبت تست غیر مستقیم P_K (Praufnitz Küstner) داشت. مادر این نوزاد مبتلا برینیت‌آلرژیك وآسم بود ویك ماه قبل‌از زایمان تست پوستی او نسبت به چمن (Mixed Grass) و موی گربه و موی گاو مثبت بود . در خانه گربه‌ای داشتند .

پنج ساعت پس از تولد نوزاد و قبل از نخستین شیر خوردنش تست‌های خراشی در او انجام و در پنج دقیقه آزمایش خراشی نسبت‌به‌چمن (Mixed Grass) مثبت شد وبتدریج تاحدود چهار بعلاوه پیشرفت کرد، همچنین نسبت به گندم و شیر گاو. سایر تست‌ها و نیز تست شاهد سرم فیزیولژی منفی بوده تست انتقالی یا تست غیرمستقیم Passive Transfertest باسرم‌بند جفت انجام شد نسبت به چمن و گندم مثبت بود.

سرم‌بندناف را ۵۶ درجه سانتی‌گراد بمدت چهارساعت حرارت دادند واکنش P_K منفی شد.

میزان ایمونوگلوبولین بندناف هنگام تولد به‌این‌قرار بود:

I g G ۱/۶۰۰ میلی گرم درصد I g M و O و I g A سیزده میلی‌گرم درصد و I g E ۷۱ میلی‌گرم. این نوزاد از بدو تولد ازشیرمادر تغذیه‌شد درهفتمین هفته‌تولد مبتلا به درماتیت‌اتوپیك گونه‌ها وبازوها شد.

ازهفدهمین هفته تولد حمله‌های متناوب‌آسم شروع شد بی آنکه علت روشنی برای آن شناخته شود.

درزمان تولد فصل پولن افشانی چمن دراوج خود بود وتا چهار ماه بعد ادامه داشت.

در تست‌های مکرر پوستی در چهار ماهگی و ده ماهگی واکنش نسبت بموی گربه بشدت مثبت و نسبت بسایر آلرژنها با شدت کمتری مثبت بود.

تا ده ماهگی حمله‌های‌آسم خیلی شدیدبود ودرماتیت را ناگزیر با استروئیدهای موضعی درمان می کردند.

پس‌از یکسالگی تماس پزشك تهیه‌کننده این شرح حال با بیمار قطع میشود.

نتیجه: نظر به‌اختلافهائیکه بین واکنش‌های‌پوستی نوزاد و مادر وجود داشت غیر محتمل است‌که رآژین‌های نوزاد ازمادر منتقل شده باشند ولی‌ممکن‌است‌که جفت منبع‌ترکیب ایمونوگلوبولین باشد. پیدایش زودرس و شدید تظاهر بالینی اتوپی در این نوزاد و وجود رآژین دراین دوره از زندگی دلیل برآنستکه دستگاه ایمنی‌او زودتر ورساتر‌ازمعمول‌بساختن پادتن شروع کرده‌است.

توجیه آلرژیك مواردی ازسقط جنین و نازائی

بدن درمقابل بافت‌های خود پادتن نمی‌سازد. این‌اصل‌کلی گاهی نقض‌میگردد ودرمقابل«خودپادزاها» Autoantigens پادتن‌های خلطی و بافتی ساخته میشود و همین مسئله است کـه پیدایش بیماریهای خود ایمنی (Autoimmune) را توجیه میکند . هرگاه سلولهائی از بافت‌ها تماس ورابطه خودرا با بدن ازدست بدهد و مجزا و مجرد گردد بدن به چنین سلولها بچشم خودی نمی نگرد و در مقابل آنها پادتن میسازد. این پادتن‌ها میتوانند نسبت‌به‌آنتی‌ژنهای سالم‌بدن واکنش‌متقابل نشان دهند. (Cross reaction)

پس از توجه باین اصل کلی می بینیم که آبستنی در حقیقت یك Allograft یا Homograft است. وجودجنین‌درحم به‌تعبیری پیوندی است میان اندامهائی که از لحاظ ژنتیك مختلف ولی از حیث نوع (Species) یا (Espèce) یکسانند و این چیزی جز Allograft نیست . پس‌چگونه است که این پیوند دفع نمیشود. توجیه این مسئله از راه isoimmunization میسر است. آنتی ژنهای رویانی وجنینی بگردش خون مادر راه می‌یابند ودراکثر مواقع موجب پیدایش مصونیت مادر میگردد و بدن میتواند این پیوند آلوگرافت Allograft را تحمل کند ونگاهدارد.

تجربیاتی‌که درجانوران آزمایشگاهی بعمل‌آمده ثابت میکندکه حیوان آبستن درمقابل آنتی‌ژنهای جنینی واکنش نشان میدهد. این واکنش‌هـا براساس پیدایش مصونیت و حصول تحمل جنین است وگاه بندرت موجب حساسیت مادر وسقط‌جنین میشود(۸). اگر مادر پادتن‌هائی از نوع IgG بسازد برای جنین خطرناك میباشد زیراکه این پادتن‌ها میتوانند ازجفت بگذرند. بنابراین درعلل سقطهای مکررجنین و درنازائی‌ها این مسئله را نمیتوان نادیده گرفت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

خلاصه

مشی بیماریهای آلرژی در جریان آبستنی دچار تغییراتی میشود که احتمالا بیشر بعلت تأثیر غده‌های درون ریز است.

بعلاوه دگرگونی‌های آنزیمی دراین مورد نیز نقش مهمی بعهده دارد. لهذا نشانه‌های آلرژی در برخی کاهش و دربعضی افزایش می‌یابد و این بخصوص در آسم مشهود است . در مطالعه‌ای در کلینیك آسم کاردیف انگلستان ۴۲٪ زنان باردار کاهش علائم آسم و ۲۴ درصد افزایش نشانه‌ها دیده شده است و در ۳۴٪ تغییری حاصل نشده است.

دو عامل مهم عفونت مخصوصاً در دستگاه فوقانی تنفس و استرس Stress میتواند سبب تشدید آسم درزنان آبستن شود.

ازنظر درمانی: تست‌های آلرژی و اجرای برنامه کاهش حساسیت باآلرژنها را میتوان در زنان باردار تجویز کرد ویا برنامه آنها را ادامه داد ولی بایـد توجه کافی به کاهش مقدار عصاره و دوز نگاهدارنده نمود .

بطورکلی توصیه میشود برنامه تقلیل حساسیت درمواردی شروع شود که بیماری آلرژی درزن آبستن شدید باشد. ازنظرداروهای علامتی تجویز داروهای گشادکننده برنشها (Bronchodilators) و آنتی هیستیامینیك‌ها بی‌ضرراست.

تاکنون ثابت‌نشده است که درمان باکورتیکواستروئیدها درزنان باردار عوارضی درجنین ایجاد نماید.

درمصرف دو دارو یکی‌ترکیبات ید بعلت اثری که درغده‌تیروئید جنین دارد و دیگری تتراسیکلین که در عوارض عفونی آسم در زنان باردار بکار میرود، باید احتیاط کامل کرد.

آلرژی مادر نمیتوانـد بطور مستقیم روی جنین اثر نماید زیرا رآژین که آنتی‌کرحساس‌کننده است از جفت نمیگذرد ولی خود آلرژن میتواند ازجفت بگذرد و دستگاه آنتی‌کور سازی جنین راکه دربعضی مواردآماده تحریك است وادار به آنتی‌کورسازی کند. بطوریکه در یك مورد دیـده شده است که تستهای پوستی در نوزاد درهمان روزهای اول تولـد نسبت به چند نوع آلرژن جواب مثبت داده و خون‌بند ناف حاوی رآژین بوده است.

اصولا جنین در رحم ، یك نوع آلوگرافت برای مادر محسوب میشود و درآلوگرافت میدانیم که در غالب موارد یك نوع‌تحمل نسبت بآن ایجاد میشود ولی بندرت امکان رد یا دفع بافت آلوـ گرافت هست و شاید ازاین راه بتوان برخی از سقطهای مکرر و بدون علت را توجیه کرد.

REFERENCES :

1- Leon Unger: Bronchial Asthma. lst Edition, Charles C. Thomas Publishers, Springfield, Ill. 1946.
2- Sheldon et al: A Manual of Clinical Allergy. V. B. Saunders, Philadelphia. 1966.
3- D. A. Williams: Asthma and Pregnancy. Acta Allergo., 22: 311, 1967.
4- Salmon R. Halpern: Pre-natal and Neonatal Aspects of Prophylaxis of Allergic Diseases in Children. Annals of Allergy, 24: 273, 1966.
5- Bernard T. Fein et al: Management of allergy in Pregnancy. Annals of Allergy, 22: 341, 1964.
6- Fredric Speer: The Allergic Child. Hoeber, New York, 1966.
7- Kaufman H. S.: Allergy in New Born. Clin. Allergy 1:363, 1971.
8- Avery G. B. et al: Maternal Sensitization after Pregnancy in Mice. Fertil. and Steril. 19: 826, 1968.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]