

**مدیریت مصرف داروها برای گذران یک دوره بارداری سالم ضروری است  
  
روابط عمومی معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی  ایران-WHOبا تمرکز بر یک تجربه مثبت بارداری، به دنبال تضمین یک بارداری سالم و در نهایت یک تجربه مثبت از والدین شدن است.در این مقاله دکتر مهری محمدی به مناسبت هفته ارتقا بارداری به این مقوله می پردازد.مصرف دارو در دوران بارداری رو به افزایش است. بیش از ۵۰ درصد از زنان باردار داروهای تجویزی و یا داروهای بدون نسخه مصرف می کنند و تعدادی نیز دخانیات و الکل و  یا از داروهای غیرمجاز در دوره بارداری استفاده می کنند .**  
**به طور کلی در دوران بارداری نباید از داروها استفاده کرد مگر اینکه ضروری باشد زیرا بسیاری از آنها می توانند به جنین آسیب برسانند. کمتر از ۲ تا ۳ درصد از تمام نقایص مادرزادی ناشی از داروهایی است که برای درمان یک اختلال یا یک علامت مصرف می شود.**

**گاهی داروها برای سلامت زن باردار و جنین ضروری هستند. قبل از مصرف هر دارو (حتی داروهای بدون نسخه)، یا مکمل های غذایی  و حتی گیاهان دارویی ، باید با پزشک خود مشورت و در مورد خطرات و مزایای مصرف دارو اطلاعات لازم را کسب کند. پزشک ممکن است توصیه کند در طول بارداری ویتامین ها و مواد معدنی خاصی مصرف شود.داروهای مصرف شده توسط زن باردار عمدتاً از طریق عبور از جفت به جنین می رسد، همان مسیری که اکسیژن و مواد مغذی برای رشد و نمو جنین مورد نیاز است. با این حال، داروهایی که از جفت عبور نمی کنند ممکن است با تأثیر بر رحم یا جفت به جنین آسیب برسانند.**

**داروهایی که زن باردار در دوران بارداری مصرف می کند می تواند از جهات مختلفی روی جنین تأثیر بگذارد.آنها می توانند مستقیماً روی جنین تأثیر بگذارند و باعث آسیب، رشد غیرطبیعی (منجر به نقص مادرزادی) یا مرگ شوند.**

**همچنین می توانند عملکرد جفت را تغییر دهند. با انقباض عروق ، باعث کاهش رسیدن اکسیژن و مواد مغذی از طرف مادر به جنین شده و در نتیجه یک نوزاد کم وزن و کم رشد متولد شود.  
آنها می توانند باعث انقباض شدید ماهیچه های رحم شوند و به طور غیرمستقیم با کاهش خونرسانی به جنین صدمه بزنند یا باعث زایمان زودرس و زایمان شوند. همچنین می توانند به طور غیر مستقیم بر جنین تأثیر بگذارند. به عنوان مثال، داروهایی که فشار خون مادر را کاهش می دهند ممکن است جریان خون به جفت را کاهش دهند و در نتیجه اکسیژن و مواد مغذی را به جنین کاهش دهند.**

**انواعی از داروها از جفت عبور می کنند. برخی از رگ‌های خونی جنین در برآمدگی‌های کوچک مویی (پرزهای) جفت قرار دارند که تا دیواره رحم امتداد می‌یابند. خون مادر از فضای اطراف پرزها (فضای بین پرز) عبور می کند. فقط غشای نازک جفت، خون مادر در فضای بین پرز را از خون جنین در پرزها جدا می کند. داروهای موجود در خون مادر می توانند از این غشاء وارد رگ های خونی پرز شده و از طریق بند ناف به جنین برسند.**

**چگونگی تأثیر دارو بر جنین بستگی به مرحله رشد جنین، قدرت و دوز دارو، نفوذپذیری جفت  و اینکه چقدر مواد به راحتی از آن عبور می کنند، ساختار ژنتیکی مادر، که بر میزان فعال و در دسترس بودن دارو تأثیر می گذارد و سایر عوامل مربوط به مادر  دارد. به عنوان مثال، اگر مادر استفراغ می کند، ممکن است مقدار زیادی از دارو را جذب نکند، بنابراین جنین کمتر در معرض دارو قرار می گیرد.سازمان غذا و دارو (FDA) داروها را با توجه به درجه خطری که در صورت مصرف در دوران بارداری برای جنین ایجاد می کند، به پنج دسته طبقه بندی کرده است. از آنهایی که کمترین خطر را داشتند تا آنهایی که بسیار سمی هستند و هرگز نباید توسط زنان باردار استفاده شوند زیرا باعث نقص های مادرزادی شدید می شوند. یکی از نمونه های داروی بسیار سمی تالیدومید است. این دارو باعث توسعه نیافتگی شدید بازوها و پاها و نقص روده، قلب و عروق خونی در نوزادان زنان مصرف کننده این دارو در دوران بارداری می شود.**

**سیستم طبقه بندی FDA عمدتاً بر اساس اطلاعات حاصل از مطالعات روی حیوانات است که اغلب برای افراد اعمال نمی شود. به عنوان مثال، برخی از داروها (مانند مکلیزین) باعث نقص مادرزادی در حیوانات می شوند، اما اثرات مشابهی در افراد مشاهده نشده است. به نظر نمی رسد مصرف مکلیزین برای تهوع و استفراغ در دوران بارداری خطر تولد نوزاد با نقص مادرزادی را افزایش دهد.**  
**از آنجائیکه مطالعات کمی دقیق و کافی برای اعمال طبقه بندی داروها در زنان باردار لازم است و اعمال سیستم طبقه بندی در موقعیت های خاص دشوار بود ، FDA پنج دسته خطر را حذف کرد.  و در عوض FDA، اکنون برچسب داروها را الزامی می کند که حاوی اطلاعات بیشتری در مورد خطر مصرف هر دارو در دوران بارداری باشد. این اطلاعات شامل موارد زیر است:**

* **خطرات مصرف دارو در دوران بارداری و شیردهی**
* **شواهدی که این خطرات را شناسایی کرده است.**
* **اطلاعاتی برای کمک به پزشکان برای تصمیم گیری در مورد استفاده از دارو در دوران بارداری و کمک به آنها در توضیح خطرات و مزایای استفاده از دارو برای زن.**

**به طور معمول، پزشکان مراقبت های بهداشتی از یک قانون کلی پیروی می کنند. آنها تنها زمانی در نظر می گیرند که به زن باردار دارویی برای درمان یک اختلال بدهند که منافع بالقوه آن بیشتر از خطرات شناخته شده باشد.**

**اغلب، یک داروی ایمن‌تر را می‌توان جایگزین دارویی کرد که احتمالاً در دوران بارداری آسیب می‌زند. برای پیشگیری از لخته شدن خون، هپارین ضد انعقاد به وارفارین ترجیح داده می شود و یا چندین آنتی بیوتیک بی خطر مانند پنی سیلین برای درمان عفونت ها گزینه مناسبی هستند.**

**برخی از داروها پس از قطع می توانند اثراتی داشته باشند. به عنوان مثال، ایزوترتینوئین، دارویی که برای درمان اختلالات پوستی استفاده می شود، در چربی زیر پوست ذخیره می شود و به آرامی آزاد می شود. در صورتی که زنان در عرض ۲ هفته پس از قطع  این دارو باردار شوند می تواند باعث نقص مادرزادی شود. بنابراین به خانم ها توصیه می شود حداقل ۳ تا ۴ هفته پس از قطع دارو منتظر بمانند تا باردار شوند.**

**واکسن در دوران بارداری**

**ایمن سازی در زنان باردار بسیار مسئله مهمی است. واکسن های ساخته شده با ویروس زنده (مانند واکسن سرخجه و واکسن واریسلا) به زنان باردار داده نمی شود.**

   
**سایر واکسن ها (مانند وبا، هپاتیت A، هپاتیت B، طاعون، هاری و حصبه) تنها در صورتی به زنان باردار داده می شود که در معرض خطر جدی ابتلا به آن عفونت خاص قرار داشته باشند و خطر عوارض جانبی واکسن ها هم در نظر گرفته شود.**

**با این حال، تمام زنان بارداری که در سه ماهه دوم یا سوم در طول فصل آنفولانزا هستند، باید واکسن آنفولانزا تزریق کنند.**

**همه زنان باردار باید بین هفته های ۲۷ تا ۳۶ هر بارداری واکسن سه گانه کزاز-دیفتری- سیاه سرفه (Tdap) را تزریق کنند.**

**CDC واکسیناسیون کووید-۱۹ را برای همه افراد ۵ سال به بالا توصیه می کند، همینطور بانوانی که باردار هستند، یا در دوران شیردهی می باشند و یا در تلاش برای باردار شدن هستند. شواهد در مورد ایمنی و اثربخشی واکسیناسیون COVID-۱۹ در دوران بارداری در حال افزایش است. این داده ها نشان می دهد که مزایای دریافت واکسن کووید-۱۹ بر خطرات شناخته شده یا بالقوه واکسیناسیون در دوران بارداری بیشتر است.**

**داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات قلب و عروق خونی در دوران بارداری**  
**مصرف داروها برای کاهش فشار خون بالا (داروهای ضد فشار خون) ممکن است برای زنان بارداری که قبل از بارداری فشار خون بالا داشته اند یا در دوران بارداری به آن مبتلا شده اند مورد نیاز باشد. هر یک از انواع فشار خون بالا، خطرات و مشکلات جدی را برای زن (مانند پره اکلامپسی) و جنین ایجاد می کند . با این حال، داروهای ضد فشار خون در صورتی که فشار خون را در زنان باردار خیلی سریع کاهش دهند، می توانند به طور قابل توجهی جریان خون را به جفت کاهش دهند. بنابراین زنان بارداری که مجبور به مصرف این داروها هستند لازم است به دقت تحت نظر قرار بگیرند.**  
**چندین نوع از داروهای ضد فشار خون، مانند مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI) و دیورتیک‌های تیازیدی، معمولاً به زنان باردار داده نمی‌شوند. این داروها می توانند باعث ایجاد مشکلات جدی در جنین مانند آسیب کلیه، رشد ناکافی قبل از تولد (محدودیت رشد) و نقایص مادرزادی شوند. اسپیرونولاکتون نیز به زنان باردار داده نمی شود زیرا این دارو ممکن است باعث ایجاد ویژگی های زنانه (زنانه شدن) در جنین پسر شود.**

**دیگوکسین که برای درمان نارسایی قلبی و برخی آریتمی های قلبی استفاده می شود، به راحتی از جفت عبور می کند. اما در دوزهای معمول، معمولاً قبل یا بعد از تولد تأثیر کمی بر نوزاد دارد.**

**داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری**

**داروهای ضد افسردگی، به ویژه مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) مانند پاروکستین، معمولا در دوران بارداری استفاده می شوند. استفاده رایج است زیرا حدود ۷ تا ۲۳ درصد از زنان باردار افسردگی دارند. برای زنان باردار، فواید درمان افسردگی معمولاً بیشتر از خطرات آن است و تغییر جدی در خلق و خو نیاز به درمان دارد.  به نظر می رسد پاروکستین خطر نقایص مادرزادی قلب را افزایش می دهد. بنابراین اگر خانم باردار پاروکستین مصرف می کند، باید اکوکاردیوگرافی برای ارزیابی قلب جنین انجام شود. با این حال، سایر SSRI ها این خطر را افزایش نمی دهند.**

**اگر یک زن باردار داروهای ضد افسردگی مصرف کند، ممکن است نوزاد پس از زایمان، علائم ترک (مانند تحریک پذیری و لرزش) داشته باشد. برای جلوگیری از این علائم، پزشکان ممکن است به تدریج دوز داروی ضد افسردگی را در سه ماهه سوم کاهش دهند و قبل از تولد نوزاد، دارو را قطع کنند. با این حال، اگر زن باردار علائم قابل توجهی از افسردگی داشته باشد یا اگر علائم با کاهش دوز بدتر شود، مصرف داروهای ضد افسردگی باید ادامه یابد. افسردگی در دوران بارداری می تواند منجر به افسردگی پس از زایمان شود که شامل تغییر جدی در خلق و خو می شود و نیاز به درمان دارد.**

**داروهای ضد ویروسی در دوران بارداری**

**برخی از داروهای ضد ویروسی (مانند زیدوودین و ریتوناویر برای عفونت HIV) سال‌هاست که به طور ایمن در دوران بارداری استفاده می‌شوند. با این حال، برخی از داروهای ضد ویروسی ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی در جنین شوند. به عنوان مثال، برخی شواهد نشان می‌دهند که وقتی برخی از رژیم‌های HIV با ترکیبی از داروهای ضد ویروسی در سه** **ماهه اول بارداری داده می‌شوند، ممکن است خطر شکاف کام و لب افزایش یابد.**

**کووید و بارداری**

**اگر یک زن باردار به COVID-۱۹ مبتلا شود، تیم درمانی باید در مورد خطرات و فواید برای او صحبت کنند و سپس تصمیم بگیرند که آیا Remdesivir باید برای درمان COVID-۱۹ استفاده شود یا خیر. به طور کلی، متخصصان توصیه می کنند که نگرانی های نظری در مورد ایمنی رمدسیویر در دوران بارداری نباید از مصرف آن در زنان باردار جلوگیری کند. اطلاعات کمی در مورد اثرات رمدسیویر بر روی جنین وجود دارد.**

**اگر یک زن باردار به آنفلوانزا مبتلا شود، باید در اسرع وقت به دنبال درمان باشد زیرا درمان آنفلوانزا در عرض ۴۸ ساعت پس از شروع علائم مؤثرتر است. با این حال، درمان در هر نقطه از عفونت، خطر عوارض شدید را کاهش می دهد. هیچ مطالعه خوبی در مورد زانامیویر و اوسلتامیویر در زنان باردار انجام نشده است. با این حال، بسیاری از مطالعات بر اساس مشاهده نشان می دهد که درمان زنان باردار با زانامیویر یا اسلتامیویر خطر اثرات مضر را افزایش نمی دهد. اطلاعات کمی در مورد استفاده از سایر داروهای آنفلوانزا در دوران بارداری وجود دارد.**

**به نظر می رسد آسیکلوویر از طریق دهان مصرف شود یا روی پوست استفاده شود، در دوران بارداری بی خطر است.**

**سیگار (دخانیات) در دوران بارداری**

**اگرچه استعمال سیگار هم به زنان باردار و هم به جنین آنها آسیب می رساند اما تنها حدود ۲۰ درصد از زنان سیگاری می توانند در دوران بارداری سیگار را ترک کنند.**

**در حالیکه ثابت شده ترین اثر سیگار، اثر بر روی جنین در دوران بارداری است.**

**هر چه زنی در دوران بارداری سیگار بیشتری مصرف کند، احتمال وزن کمتری برای نوزاد وجود دارد. میانگین وزن نوزادان متولد شده از زنان سیگاری در دوران بارداری ۶ اونس کمتر از نوزادان متولد شده از زنانی است که سیگار نمی کشند.**

**نقایص مادرزادی قلب، مغز و صورت در میان نوزادان سیگاری بیشتر از نوزادان غیرسیگاری است.**

**همچنین، خطر موارد زیر ممکن است افزایش یابد:**

**سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS)**

**جفت سرراهی**

**جدا شدن زودهنگام جفت**

**زایمان زودرس**

**عفونت های رحمی**

**سقط جنین**

**مرده زایی**

**زایمان های نارس**

**علاوه بر این، فرزندان زنان سیگاری دارای کمبودهای جزئی اما قابل اندازه گیری در رشد فیزیکی و رشد فکری و رفتاری هستند. تصور می شود که این اثرات توسط مونوکسید کربن و نیکوتین ایجاد می شود. مونوکسید کربن ممکن است اکسیژن رسانی به بافت های بدن را کاهش دهد. نیکوتین ترشح هورمون‌هایی را تحریک می‌کند که رگ‌های خون‌رسانی به رحم و جفت را منقبض می‌کنند، بنابراین اکسیژن کمتر و مواد مغذی کمتری به جنین می‌رسد.**

**به دلیل اثرات مضر احتمالی سیگار در دوران بارداری، زنان باردار باید تمام تلاش خود را به کار گیرند تا در دوران بارداری سیگار نکشند و از قرار گرفتن در معرض دود سیگار هم اجتناب کنند زیرا ممکن است به طور مشابه به جنین آسیب برساند.**

**الکل در دوران بارداری**

**نوشیدن الکل در دوران بارداری علت اصلی ناهنجاری های مادرزادی است. از آنجایی که میزان الکل مورد نیاز برای ایجاد سندرم الکل جنینی ناشناخته است، به زنان باردار توصیه می شود که از مصرف هر گونه الکل به طور منظم یا پرخوری و در هر مقدار خودداری کنند.**  
**خطر سقط جنین برای زنانی که در دوران بارداری به هر شکلی الکل مصرف می کنند، تقریبا دو برابر می شود، به خصوص اگر الکل زیاد مصرف کنند.**

**اغلب، وزن نوزادان متولد شده از زنانی که به طور منظم در دوران بارداری مشروبات الکلی می نوشند، به میزان قابل توجهی کمتر از حد طبیعی است. میانگین وزن هنگام تولد برای نوزادانی که در معرض مقادیر زیادی الکل هستند حدود ۴ پوند است، در حالی که این رقم برای سایر نوزادان ۷ پوند است. نوزادان زنانی که در دوران بارداری مشروبات الکلی مصرف می‌کردند، رشد نمی‌کنند و به احتمال زیاد بلافاصله پس از تولد می‌میرند.**

**سندرم جنین الکل یکی از جدی ترین عواقب مصرف الکل در دوران بارداری است. نوشیدن بیش از حد الکل در روز می تواند باعث این سندرم شود. در حدود ۲ مورد از ۱۰۰۰ تولد زنده رخ می دهد که شامل موارد زیر است:**

**رشد ناکافی قبل از تولد یا بعد از تولد**

**نقص های مادرزادی صورت**

**سر کوچک (میکروسفالی) که احتمالاً ناشی از رشد ناکافی مغز است**

**ناتوانی ذهنی**

**رشد رفتاری غیر طبیعی**

**به ندرت، ناهنجاری های مفصلی و نقایص قلبی**

**نوزادان یا فرزندان زنانی که در دوران بارداری مشروبات الکلی مصرف کرده‌اند، ممکن است مشکلات رفتاری شدیدی مانند رفتار ضد اجتماعی و اختلال نقص توجه/بیش فعالی داشته باشند. این مشکلات حتی زمانی که نوزاد هیچ نقص فیزیکی آشکاری در هنگام تولد نداشته باشد، ممکن است رخ دهد.**

**کافئین در دوران بارداری**

**اینکه آیا مصرف کافئین در دوران بارداری به جنین آسیب می رساند، مشخص نیست. به نظر می رسد شواهد حاکی از آن است که مصرف کافئین در مقادیر کم (مثلاً یک فنجان قهوه در روز) در دوران بارداری خطری برای جنین ندارد و یا اینکه خطر کمی دارد.**

**کافئین که در قهوه، چای، برخی نوشابه ها، شکلات و برخی داروها وجود دارد، محرکی است که به راحتی از جفت به جنین می رسد. برخی شواهد نشان می دهد که نوشیدن بیش از هفت فنجان قهوه در روز ممکن است خطر مرده زایی، زایمان زودرس، نوزاد کم وزن یا سقط جنین را افزایش دهد. برخی از کارشناسان هم توصیه می کنند مصرف قهوه و نوشیدنی های بدون کافئین در صورت امکان محدود شود.  
آسپارتام در دوران بارداری**

**به نظر می رسد آسپارتام، یک شیرین کننده مصنوعی، اگر در مقادیر کم مصرف شود، مانند مقادیری که در بخش های معمولی غذاها و نوشیدنی های شیرین شده مصنوعی است، در دوران بارداری ایمن باشد. به عنوان مثال، زنان باردار نباید بیش از ۱ لیتر نوشابه رژیمی در روز مصرف کنند.**  
**زنان باردار مبتلا به فنیل کتونوری که یک اختلال غیر معمول است، نباید آسپارتام مصرف کنند.  
مواد مخدر در دوران بارداری**

**استفاده از داروهای غیرمجاز (به ویژه مواد افیونی) در دوران بارداری می تواند باعث ایجاد عوارض در دوران بارداری و مشکلات جدی در رشد جنین و نوزاد شود. برای زنان باردار، تزریق داروهای غیرمجاز خطر ابتلا به عفونت هایی را افزایش می دهد که می توانند بر جنین تأثیر بگذارند یا به جنین منتقل شوند. این عفونت ها شامل هپاتیت و عفونت HIV (از جمله ایدز) می باشد. همچنین، زمانی که زنان باردار داروهای غیرقانونی مصرف می‌کنند، رشد جنین ناکافی بوده  و زایمان زودرس بیشتر رخ می دهد.**  
**آمفتامین ها در دوران بارداری**

**استفاده از آمفتامین ها در دوران بارداری ممکن است منجر به نقایص مادرزادی، به خصوص قلب، و احتمالاً رشد ناکافی قبل از تولد شود.**

**کوکائین در دوران بارداری**

**مصرف کوکائین در دوران بارداری ممکن است باعث تنگ شدن (انقباض) عروق خونی شود که خون را به رحم و جفت می‌رسانند. سپس اکسیژن کمتر و مواد مغذی کمتری به جنین می رسد.**  
**اگر زنان باردار به طور منظم از کوکائین استفاده کنند، خطر موارد زیر افزایش می یابد:**

* **سقط جنین**
* **رشد ناکافی جنین**
* **جدا شدن زودهنگام جفت (جفت شدن جفت یا جفت بریده شده)**
* **تولد زودرس**
* **مرده زایی**
* **نقایص مادرزادی (شامل نقایص مغز و نخاع، دستگاه ادراری و استخوان)**

**با این حال، مشخص نیست که آیا کوکائین علت این مشکلات است یا خیر. به عنوان مثال، ممکن است عوامل خطر دیگری مطرح شوند که در زنان مصرف کننده کوکائین رایج است. مانند: استعمال سیگار ، استفاده از داروهای غیرقانونی دیگر، کمبود مراقبت های دوران بارداری و فقر.  
توهم زا در دوران بارداری  
توهم زاها عبارتند از متیلن دی اکسی مت آمفتامین (MDMA یا اکستازی)، روهیپنول، کتامین، متامفتامین و LSD (دی اتیل آمید اسید لیسرژیک).داروهای توهم زا ممکن است خطر موارد زیر را افزایش دهند:**

* **سقط جنین**
* **زایمان و زایمان زودرس**
* **سندرم ترک در جنین یا نوزاد**
* **ماری جوانا در دوران بارداری**

**اینکه آیا استفاده از ماری جوانا در دوران بارداری می تواند به جنین آسیب برساند، مشخص نیست. جزء اصلی ماری جوانا، تتراهیدروکانابینول، می تواند از جفت عبور کند و در نتیجه ممکن است بر جنین تأثیر بگذارد. با این حال، به نظر نمی رسد که استفاده از مقدار کمی ماری جوانا خطر نقص مادرزادی را افزایش دهد یا رشد جنین را کند کند. ماری جوانا در نوزاد تازه متولد شده مشکلات رفتاری ایجاد نمی کند مگر اینکه در دوران بارداری به شدت مصرف شود.**

   
**مواد افیونی در دوران بارداری**

**مواد افیونی برای تسکین درد استفاده می شود، اما همچنین باعث ایجاد احساس خوشبختی اغراق آمیز می شود و اگر بیش از حد استفاده شود، می تواند باعث وابستگی و اعتیاد شود.**

**مواد افیونی مانند هروئین، متادون و مورفین به راحتی از جفت عبور می کنند. در نتیجه ممکن است جنین به آنها معتاد شود و ۶ ساعت تا ۸ روز پس از تولد علائم ترک داشته باشد. با این حال، استفاده از مواد افیونی به ندرت منجر به نقایص مادرزادی می شود.**  
**استفاده از مواد افیونی در دوران بارداری خطر عوارض دوران بارداری را افزایش می دهد:**

* **سقط جنین**
* **نمایش غیر طبیعی نوزاد**
* **زایمان زودرس**
* **نوزادان مصرف کننده هروئین به احتمال زیاد کوچک هستند.**
* **داروهای مورد استفاده در حین زایمان و زایمان**

**داروهایی که برای تسکین درد در دوران بارداری استفاده می شوند (مانند بی حس کننده های موضعی و مخدرها) معمولاً از جفت عبور می کنند و می توانند نوزاد را تحت تأثیر قرار دهند. به عنوان مثال، آنها می توانند تنفس نوزادان را تضعیف نمایند. بنابراین در صورت نیاز به این داروها در حین زایمان، در کمترین دوز موثر تجویز می شوند.**

* **ترجمه و تدوین : دکتر مهری محمدی**  
  **منابع:**  
     
  [**https://www.who.int/activities/promoting-healthy-pregnancy**](https://www.who.int/activities/promoting-healthy-pregnancy)  
  [**https://www.msdmanuals.com/home/women-s-health-issues/drug-use-during-pregnancy/drug-use-during-pregnancy**](https://www.msdmanuals.com/home/women-s-health-issues/drug-use-during-pregnancy/drug-use-during-pregnancy)