

**نویسنده:** داکتر میرکولا «Dr.Mercola».  
**منبع و تاریخ نشر:** گلوبال ریسرچ «2025-03-29».  
**برگردان:** پوهندوی دوکتور سیدحسام «مل».

---

## تولد کودک: آنچه در مورد سزارین به شما نمی گویند

### *Child Birth: What They Don't Tell You About C-Sections*



به بیش از یک قرن، فشاری برای پزشکی کردن (medicalize) زایمان و تبدیل آن از یک رویداد طبیعی زندگی به چیزی که نیاز به مداخلات اساسی دارد، وجود داشته است تا هیچ چیز خراب نشود

\*\*\*\*\*

بسیاری از روش های استاندارد که در طول زایمان در بیمارستان انجام می شوند، وقوع خطرات ؛ نیاز به سایر مداخلات تهاجمی را افزایش می دهند و در نهایت به سزارین تبدیل می شوند یا که ایجاب عمل سزارین را پیشکش میکند.

مانند سایر جراحی های بزرگ شکم، عمل سزارین؛ مادران را در معرض خطر قابل توجهی قرار می دهد، نیاز به بهبودی طولانی مدت دارد و زخم های بزرگی بر جای می گذارد که می تواند باعث طیف گسترده ای از مشکلات مزمن شود.

سزارین همچنین نوزادان را در معرض خطرات واقعی قرار می دهد و آنها را مستعد انواع مشکلات مزمن خود ایمنی و عصبی میکند. این مقاله در مورد خطرات و یا اختلالات سزارین، موقعیت هایی که در آن لازم است و برخی از روش های می توان برای بهبودی از آنها استفاده کرد بحث خواهد کرد.

\*\*

بسیاری از سنت ها و رسوم ها در طول تاریخ، تولد فرد را به عنوان یکی از مهم ترین لحظات زندگی یک انسان می دانند، زیرا زمینه را برای همه موارد بعدی فراهم می کند. متأسفانه، به همان روشی که ما با پزشکی کردن (medicalizing) بیش از حد به فرآیند مرگ هتک حرمت می کنیم (تا جایی که تحقیقات نشان داده است که پزشکان کمتر به دنبال مراقبت های پایان عمر در یک مرکز پزشکی هستند)، همین مسئله در مورد زایمان نیز وجود دارد.

بسیاری از پزشکانی که من آنها را می شناسم که با روند زایمان در بیمارستان آشنا هستند، ترجیح دادند و یا ترجیح می دهند که زایمان را در خانه مادر حامله انجام دهند نه در بیمارستان (همراه با بسیاری دیگر از پزشکان که در مستندی در سال 2016 نمایش داده شده است).

برعکس، چونکه تعداد کمی از زایمان ها به مراقبت های پزشکی پیشرفته نیاز دارند. برای این مادران، دسترسی به بیمارستان بسیار سودمند است، به ویژه اگر اقداماتی برای کاهش خطرناک ترین جنبه های زایمان در بیمارستان انجام شود.

به این ترتیب، زایمان جایگاهی مشابه بسیاری از مناقشات پزشکی دیگر را اشغال می کند. هیچ یک از طرفین موضوع کاملاً صحیح نیست یا این حال، داده ها به وضوح نشان می دهند که خطر سزارین معمولی بیشتر از مزایای آن است، بنابراین این مقاله سعی می کند خطرات و یا اختلالاتی که از عمل سزارین بوقوع می پیوستند یا آنچه را که رخ میدهد در مورد آنها به شما چیزی نمی گویند، یا که افشا نمیکنند.

## کسب درآمد از تولد

برای مدت طولانی، پزشکان هیچ علاقه ای به زایمان نداشتند، اما زمانی که یکی از رهبران این حرفه متوجه شد که مادران سپاسگزاری که نوزادانشان را به دنیا می آورند، مشتری مادام العمر پزشکشانشان خواهند شد، پزشک متخصص به تدریج ماماها را جابجا کرد و تولد را از یک رویداد طبیعی زندگی به چیزی تبدیل کرد که نیاز به افزایش پزشکی دارد.

در حالی که برخی از آن مداخلات مفید بودند و جان انسان ها را نجات دادند، بسیاری از آنها اینگونه نبودند و مادر و کودک را در معرض خطر انواع عوارض فوری و مزمن قرار دادند.

از آنجایی که فرآیند زایمان در بیمارستان سعی در تقویت روند زایمان طبیعی ندارد و در عوض سعی در کنترل و مد پیریت آن دارد، یکی از مهم ترین مسائل در بسیاری از رویکردهای زایمان (به تفصیل در اینجا) این است که به طور مکرر عوارضی را ایجاد می کنند که نیاز به روش های تهاجمی تر و بیشتر برای اجرا دارد.

در بسیاری از موارد، انتهای این خط لوله این است که مادر باید با بریدن شکم و بیرون آوردن مستقیم نوزاد (از طریق یک سزارین پرهزینه) روند زایمان را دور بزند. در حالی که گاهی اوقات ضروری هستند (به عنوان مثال، WHO مورد خوبی را نشان می دهد که در 10٪ از تولدها، از مرگ و میر مادران و نوزادان جلوگیری می کند)، آنها بسیار زیاد انجام می شوند (به عنوان مثال، در سال 2023، 32.3٪ از تمام تولدهای آمریکایی C-بخش 5).

توجه: یکی از کمترین آمار مورد علاقه من در پزشکی این است که میزان سزارین در مواقعی که پزشکان معمولاً می خواهند به خانه بروند به طور چشمگیری افزایش می یابد. 6-7-8

## خطرات عمومی سزارین

من به عنوان یک جراح شکم میگویم، که عمل سزارین دارای مشکلات مختلفی است که معمولاً در این روش ها دیده می شود مانند:

- مادر معمولاً به یک دوره بهبودی 4 تا 6 هفته ای نیاز دارد
- عفونت پس از جراحی (به عنوان مثال، در سطح جهانی این اتفاق در «5.63%» از سزارین ها رخ می دهد 10).
- درد قابل توجه (در مهمترین دوره پیوند زندگی شما).
- واکنش های بالقوه به بیهوشی عمومی.
- صدمات تصادفی اعضای بدن (به ویژه از آنجایی که برخی از سزارین ها باید خیلی سریع انجام شود تا جان نوزاد نجات یابد).

علاوه بر این، برخی از عوارض جراحی منحصر به فرد برای سزارین وجود دارد مانند:

- آسیب به پوشش داخلی رحم که باعث ایجاد چسبندگی و اسکار می شود، که باعث می

شود (پلستنا) در حاملگی های بعدی در مکان نامناسبی بچسبد یا التصاق نماید (به عنوان مثال، دوسزارین باعث میشود زنان 13.8 برابر بیشتر در معرض جفت *accreta* باشند).

- اسکار یا ند به ضعیف شده رحم می تواند در حین زایمان بعدی پاره شود (به خصوص اگر در حین زایمان از اکسی توسین القا کننده انقباض استفاده شود)، بنابراین یک سزارین می تواند منجر به این شود که بیماران تمام زایمان های بعدی شان را نیز سزارین کنند (مخصوصاً اگر چسبندگی جفت غیر طبیعی وجود داشته باشد).

- ممکن است نوزاد به طور تصادفی در حین سزارین دچار بریدگی شود (به عنوان مثال، 1.5% تا 1.9% دچار پارگی صورت می شوند (12)).

- اسکارهای برش سزارین اغلب برای سالها - اگر نه دههها (تا زمانی که به درستی درمان شوند) مشکلات مهمی ایجاد می کنند، و در بسیاری از موارد این اسکارها علت پنهان درد مزمن و انواع بیماریها هستند، زیرا به طور مداوم سیستم عصبی خودکار را فعال می کنند و سپس تنظیم نمی کنند.

- بیهوشی های عمومی مورد استفاده برای سزارین می تواند خطر عوارض نوزادی را در نوزاد افزایش دهد.

**توجه:** سزارین همچنین باعث بسیاری از مسائل دیگر مانند مشکلات شیردهی، بدتر شدن خواب، و چالش های عاطفی (مانند PTSD یا اضطراب) می شود.

با این حال، فراتر از خود جراحی، صرفاً دور زدن فرآیند زایمان طبیعی نیز می تواند مشکلات مهمی برای نوزادان ایجاد کند. به عنوان مثال، بیماری غشای هیالین (سندرم دیسترس یا عسرت تنفسی - RDS) سالانه تقریباً (2400015) نوزاد را در ایالات متحده تحت تأثیر قرار می دهد و علت اصلی مرگ و میر نوزادان است.

فرآیند زایمان از این امر محافظت می کند (به عنوان مثال، مطالعات نشان داده اند که نوزادان نارس (*premature*) سزارین 2.4 تا 3.92 برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به RDS 17□18□19 هستند)، احتمالاً به دلیل فشار مکانیکی آن که مایعات بیش از حد را از ریه ها خارج می کند.

## خطرات مزمن سزارین

سزارین همچنین با انواع مختلفی از مشکلات مزمن مرتبط است که بیشتر آنها ماهیت ایمنولوژیک یا عصبی دارند.

- خطرات ایمنولوژیک عبارتند از: مطالعه کایزر روی (8953) کودک یانوزاد نشان داد که سزارین باعث افزایش رینوکونژونکتیویت آلرژیک {*rhinconjunctivits allergic*}

(تب یونجه) تا 37 درصد و آستما (asthma) تا 24 درصد (53 درصد در دختران و 8 درصد در پسران) شد.

**0** تقریباً (2000) مطالعه ارتباط بین سزارین و **آستما** را ارزیابی کرده اند. 21 بر اساس آنها، یک متآنالیز در سال 2020 نشان داد که سزارین باعث افزایش **آستما** 41٪ می شود، در حالی که یک متآنالیز در سال (2019) افزایش «20٪» را نشان می دهد. یک مطالعه دانمارکی بر روی {750000} کودک 0 تا 14 ساله چند بیماری خودایمنی را ارزیابی کرد و دریافت که افرادی که با سزارین متولد می شوند تقریباً 20 درصد بیشتر در معرض خطر ابتلا به لارنژیت، آستما، گاستروانتریت، کولیت اولسراتیو، بیماری سلیاک (celiac) و آرتريت نوجوانی (همراه با عفونت های تنفسی 2) بودند.

مطالعه بعدی دانمارکی روی (2699479) تولد نشان داد که سزارین انتخابی باعث افزایش 14 درصدی دیابت، افزایش 14 درصدی در آرتريت روما توئید، افزایش 4 درصدی در بیماری کرون و افزایش 15 درصدی در بیماری روده تحریک پذیر می شود. ♣ به طور کلی، خطر ابتلا به این شرایط در زنان و برای سزارین های انتخابی بیشتر بود (به استثنای افزایش 15 درصدی کرون پس از سزارین اورژانسی). مطالعه مشابه دیگری همچنین نشان داد که سزارین به طور قابل توجهی خطر ابتلا به آسم، اختلالات بافت همبند سیستمیک، آرتريت نوجوانان، بیماری التهابی روده، نقص ایمنی و لوسمی را افزایش می دهد.

0 مطالعه ای روی 7174787 تولد نشان داد که سزارین باعث می شود نوزادان (در 5 سال اول زندگی) 10 درصد بیشتر به دلیل عفونتها (به ویژه تنفسی، گوارشی و ویروسی) بستری شوند. مطالعه ای روی 33226 زن بالغ نشان داد که متولد شدن با سزارین، 11 درصد بیشتر در معرض چاقی و 46 درصد بیشتر در معرض ابتلا به دیابت نوع 2 قرار دارند.

بیشتر اینها احتمالاً به دلیل برش سزارین است که میکروبیوم 29 را مختل می کند (که می تواند تا بزرگسالی ادامه یابد) زیرا نوزادان به فلور واژن (و فلور بیرونی مدفوع) وابسته هستند تا در ابتدا مجرای گوارشی را مستعمره کنند (زیرا فلور واژن عمدتاً پس از تولد نیازهای معده را تشکیل می دهد و معده ها عمدتاً از هضم معده نیاز دارند). تولید اسید معده به طوری که سایر باکتری ها نتوانند به راحتی دستگاه گوارش را ایستلا کنند).

به نوبه خود، بسیاری از مطالعات نشان داده اند که سزارین به طور قابل توجهی میکروبیوم را مختل می کند، از جمله یک کارآزمایی آینده نگر که نشان داد میزان اختلال پایدار میکروبیوم در یک نوزاد مستقیماً با احتمال ابتلای آنها به آستما و حساسیت های آلرژیک مرتبط است.

**توجه:** یکی از راه حل های جزئی برای این امر (که به میکروب های مضر بیمارستانی که جانشین میکروبیوم طبیعی می شوند توجه نمی شود) این است که نوزاد را

بلافاصله پس از زایمان با ترشحات واژن مادر تلقیح کنید. با این حال، در حالی که شواهد قانع کننده ای برای کاشت واژینال در دهه گذشته به دست آمده است، 32،33 در حال حاضر توسط جامعه پزشکی تایید نشده است، و اکثر بیمارستان ها آن را ارائه نمی دهند.

## خطرات عصبی شامل:

• یک کارآزمایی با موش نشان داد که سزارین منجر به تغییرات رفتاری و افزایش مرگ سلولی در بخش های خاصی از مغز می شود، در حالی که یک مطالعه گذشته نگر MRI روی 306 کودک نشان داد که سزارین به طور قابل توجهی ماده سفید مغز و اتصال عصبی عملکردی را کاهش می دهد.

یک مطالعه بزرگ در سال 2017 نشان داد که کودکان سزارین (4 تا 9 ساله) در آزمایش های استاندارد کمتر از کودکان متولد شده از طریق واژینال عمل می کنند و این به دلیل متغیرهای مخدوش کننده نیست، 36 در حالی که مطالعه سال 2024 نشان می دهد که سزارین باعث کاهش نمرات رشد حرکتی و زبانی در طول دوره سنی خاص در سه سال اول زندگی می شود.

• یک مطالعه در چک در سال 2020 نشان داد که کودکان 5 ساله متولد شده از طریق سزارین عملکرد ضعیف تری در تست های شناختی نسبت به کودکان متولد شده از طریق زایمان طبیعی داشتند. مشخص شده است که سزارین میزان ADHD را بین 15 تا 16 درصد و اوتیسم را 23 تا 26 درصد افزایش می دهد.

• توجه: همانطور که این مطالعه نشان می دهد، افزایش اوتیسم با مادرانی که در طول سزارین بیهوشی عمومی دریافت می کنند، ارتباط قوی دارد.

• مشخص شده است که سزارین توانایی نوزاد را در تشخیص بوهای آشنا مختل می کند، آنها را از لمس یا در آغوش گرفتن بیزارتر می کند و یکپارچگی حسی، حافظه بصری و ادراک بصری فضایی ضعیف تری دارد.

از آنجایی که رشد عصبی فرآیند پیچیده ای است، نمی توان گفت که کدام عامل (به عنوان مثال، بیهوشی، کاهش پیوند مادر، تغییرات میکروبیوم روده) در نهایت مسئول این تغییرات است.

با این حال، بسیاری از شفا دهنده های عالی که از سنت های مختلف با آنها صحبت کرده ام (به عنوان مثال، مائوری های نیوزلند) به اشتراک گذاشته اند که متوجه شده اند نشاط و سرزندگی در نوزادان سزارین از بین می رود که به آنها نسبت می دهند که «جرقه ای دریافت نمی کنند» روند زایمان واژینال تسهیل می کند (مثلاً، به این دلیل که ریز حرکت در حین جمجمه با تجربه انجام می شود).

یکی از جالبترین صحبت‌هایی که در این زمینه داشتم، با دکتری بود که به او آموزش داده شده بود که سرزندگی نوزادان به طور مستقیم با میزان گریه آنها در بدو تولد ارتباط دارد (به همین دلیل است که در روزهای قدیمی‌تر، پزشکان کف پای نوزاد را تکان می‌دادند تا یک گریه شدید ایجاد کنند). به نوبه خود، زمانی که او و همکارانش سعی کردند با فشار دادن ملایم بالای جمجمه برای بازسازی بخشی از روند زایمان، به نوزادانی که در حال مبارزه با تروما هنگام تولد بودند کمک کنند، متوجه شدند که نوزادان سزارین یک گریه کوتاه اما بسیار شدید بیرون می‌آورند، در حالی که کودکانی که به صورت واژینال به دنیا آمده بودند، معمولاً چیزی ابتدایی زایمان نرم‌تر را به وجود می‌آوردند. آنها نیاز داشتند (به همین دلیل است که در فشرده سازی بعدی آنقدر بلند بود).

**توجه:** این تا حدودی شبیه به مشاهدات هومیوپاتی است که بیماری‌هایی که می‌توانند تب کنند، سرزندگی قوی‌تری دارند و به داروهای هومیوپاتی پاسخ بهتری می‌دهند، اما با گذشت دهه‌ها، افراد کمتر قادر به افزایش تب شده‌اند و اکنون واکنش‌های کمتری به داروهای هومیوپاتی نشان می‌دهند.

## زایمان‌های پرخطر

یکی از عوامل اصلی در تصمیم‌گیری در مورد نحوه زایمان این است که آیا حاملگی پرخطر دارید یا خیر.

متأسفانه، تعیین اینکه چه چیزی حاملگی "پرخطر" را تشکیل می‌دهد کاملاً ذهنی است. به نوبه خود، استفاده از این نام به اشتباه اغلب منجر به مداخلات استرس‌زا، غیر ضروری و بالقوه مضر در طول بارداری می‌شود.

**توجه:** حاملگی "پرخطر" اغلب با سونوگرافی قبل از تولد تعیین می‌شود. با این حال، همانطور که در اینجا نشان دادم، و بسیاری از اطلاعاتی که اولتراسوند در اوایل بارداری ارائه می‌دهد، یا دقیق نیست یا نمی‌توان بر اساس آن عمل کرد، در حالی که در مقابل، سونوگرافی قبل از تولد نوزادان را در معرض آسیب‌های واقعی قرار می‌دهد - همه اینها منجر به استفاده معمول از سونوگرافی در مواردی می‌شود که خطرات آنها بیشتر از مزایای آنها است.

در عین حال، زایمان در بیمارستان گاهی ضروری و به طور بالقوه نجات‌دهنده است. علاوه بر یک اورژانس حاد که در آن جان جنین در خطر است (مانند خونریزی غیرمنتظره واژینال پس از یک تصادف رانندگی)، چند موقعیت رایج وجود دارد که ممکن است به زایمان در بیمارستان یا سزارین نیاز داشته باشد.

\* جفت در جای نامناسبی قرار دارد. این به طور معمول نیاز به سزارین دارد. با این حال، در بسیاری از موارد، جفت می‌تواند به موقعیت صحیح حرکت کند،

بنابراین اگر در اوایل بارداری با سونوگرافی تشخیص داده شود، می تواند منجر به استرس غیر ضروری زیادی شود.

• نوزاد به جای بیرون آمدن سر در جهت اشتباه لگن قرار می گیرد (نمایش بریچ). این یک منطقه کاملاً بحث برانگیز است زیرا بسیاری از افرادی که من می شناسم نوزادان بریچ را به دنیا خواهند آورد (و به خوبی پیش رفت)، اما بسیاری دیگر (چون نتایج بد یا مرگ نوزادان را دیده اند) پس از آنها (به عنوان مثال، یک مطالعه بزرگ نشان داد احتمال مرگ نوزادان بریچ 2.4 برابر بیشتر از زایمان طبیعی است). به همین دلیل، من معتقدم بهترین گزینه رفع مشکل قبل از زایمان با حرکت دادن نوزاد به موقعیت صحیح است (که اغلب کار می کند - به شرطی که به درستی انجام شود).

**توجه:** اگر یکی از پاها یا شانه های نوزاد به جلو چسبیده است، هرگز نباید اقدام به زایمان طبیعی کرد. • سر نوزاد به پایین است، اما در جهت اشتباه است (نه رو به جلو). طبق تجربه ما، اینها اغلب به سزارین نیاز دارند، زیرا خارج کردن نوزاد ممکن نیست.

• دوقلوها حضور دارند. این لزوماً نیازی به سزارین ندارد، اما احتمال بروز مشکلات مختلفی وجود دارد، بنابراین در صورت نیاز کمک های اضافی در نزدیکی شما می تواند بسیار مفید باشد.

• مادر قبلاً سزارین شده بود.

• حاملگی پرخطر ویژگی های دیگری نیز دارد (به عنوان مثال، ما در یک بیماری مزمن همزمان یا پره اکلامپسی شدید در دوران بارداری دارد). نتیجه گیری

## نتیجه گیری

اخیراً به RFK جونپور دستور داده شد تا کمیسیون «آمریکا را دوباره سالم کنیم» و تلاش کند تا آنچه را که به افزایش سریع و بی سابقه بیماری های مزمن در کودکان ما دامن می زند، کشف کند (به عنوان مثال، 12.8 درصد از کودکان متولد شده بین سال های 1988 و 1994، 2200 نفر بیشتر از 48 تا 6 تا 000 بیماری مزمن متولد شده اند. دو برابر شد و به 26.6 درصد رسید و تا سال 2011 به 54.1 درصد افزایش یافت.

از آنجایی که این سونامی بیماری مزمن بنیاد جامعه ما را تهدید می کند، به کمیسیون MAHA دستور داده شده است که در یافتن علت این همه گیری سنگ تمام بگذارد.

مانند بسیاری دیگر، من گمان می کنم که واکسن ها علت اصلی آن هستند، زیرا تعداد واکسن هایی که کودکان دریافت می کنند به موازات نرخ بیماری مزمن افزایش می یابد و



هر مطالعه مستقل (که در اینجا خلاصه می‌شود) به طور مداوم نشان می‌دهد که کودکان واکسینه شده 3 تا 10 برابر نرخ بیماری‌های مزمن کودکان واکسینه نشده دارند.

با این حال، همانطور که در این مجموعه سعی کردم نشان دهم، می‌توان یک مورد خوبی نیز ایجاد کرد که رویکردهای ما به زایمان (مثلاً سونوگرافی قبل از تولد یا سزارین) نیز به این موج بیماری مزمن کمک می‌کند و بنا بر این باید فوراً نیز مورد بررسی قرار گیرد.

از نظر من، مشکل اصلی این است که دارو به فروش مکرر نیاز دارد، و به همین دلیل، چیزهایی که می‌توانند مفید باشند، به حدی مورد استفاده قرار می‌گیرند که مضرات آنها بسیار بیشتر از فوایدشان است.

به عنوان مثال، در حالی که واکسن‌های دوران کودکی به عنوان یک موجودیت یکپارچه در نظر گرفته می‌شوند که همگی برای سلامتی ضروری هستند، واقعیت این است که خطرات و مزایای هر واکسن بسیار متفاوت است و بسیاری از واکسن‌های اجباری را نمی‌توان با شواهد علمی موجود توجیه کرد. به طور مشابه، همانطور که در اینجا سعی کردم نشان دهم، در حالی که مضرات سزارین معمولاً بسیار بیشتر از آسیب‌های زایمان طبیعی است، در برخی موارد، این آسیب‌ها ضروری هستند و عوارضی که ایجاد می‌کنند بسیار بیشتر از آسیب‌هایی است که از آن جلوگیری می‌کند.

به این ترتیب، در حالی که ممکن است گزینه‌های بهتری در آینده توسط کمیسیون MAHA ایجاد شود، در این مرحله، بهترین گزینه ما این است که خود را به طور کامل در مورد خطرات این روش‌های معمول آگاه کنیم و سپس هر کاری که می‌توانیم برای کاهش نیاز خود به آنها انجام دهیم (به عنوان مثال، روش‌های طبیعی زایمان نیاز به سزارین را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد)، و امیدوارم این مقاله بینش‌های ارزشمندی را برای مسیریابی به چالش بکشد.

**یادداشت نویسنده:** این یک نسخه خلاصه شده از یک مقاله طولانی‌تر است که به جزئیات بیشتر در مورد بسیاری از نکات مورد بحث در اینجا می‌پردازد (به عنوان مثال، عوارض سزارین و نحوه رسیدگی به آنها) که راهنمایی برای محافظت از خود در بیمارستان، یافتن بهترین مکان برای زایمان، و بسیاری از استراتژی‌هایی را که ما شناسایی کرده ایم برای داشتن بهترین و سالم‌ترین عوارض در دوران بارداری به اشتراک می‌گذارد. زایمان بهینه این مقاله را می‌توانید در اینجا بخوانید در حالی که با مقاله همراه در مورد خطرات سونوگرافی که می‌توانید اینجا بخوانید.

**سطری چند در مورد نویسنده این مقاله :**

Midwestern Doctor (AMD) یک پزشک دارای گواهی هیئت مدیره از غرب میانه و خواننده قدیمی Mergola.com است. من از پیش استثنایی AMD در مورد طیف گسترده‌ای از موضوعات

قدردانی می‌کنم و از به اشتراک گذاشتن آن سپاسگزارم. من همچنین به تمایل AMD برای ناشناس ماندن احترام می‌گذارم زیرا AMD هنوز در خط مقدم درمان بیماران است. برای یافتن کارهای بیشتر AMD، حتماً قسمت فراموش شده دارو را بررسی کنید.

## رفرنس‌ها

### Notes

- <sup>1</sup> [Weill Cornell Medicine, January 29, 2016](#)
- <sup>2</sup> [Whynothome.com, Accessed March 2025](#)
- <sup>3</sup> [The Forgotten Side of Medicine, February 16, 2025](#)
- <sup>4</sup> [WHO, 14 April 2015](#)
- <sup>5</sup> [March of Dimes, January 2024 \(Archived\)](#)
- <sup>6</sup> [KFF Health News, April 14, 2022](#)
- <sup>7</sup> [J Womens Health \(Larchmt\). 2017 Dec 1;26\(12\):1285–1291](#)
- <sup>8</sup> [Scientific American, July 21, 2023](#)
- <sup>9</sup> [Medical News Today, October 2, 2018](#)
- <sup>10</sup> [J Hosp Infect. 2023 Sep;139:82-92](#)
- <sup>11</sup> [BMJ Open 2017;7:e017713](#)
- <sup>12</sup> [PA PSRS Patient Saf Advis 2004 Dec;1\(4\):9-10](#)
- <sup>13</sup> [Front. Pharmacol., 19 March 2024, Sec. Obstetric and Pediatric Pharmacology, Volume 15](#)
- <sup>14</sup> [Iran J Public Health. 2023 Oct;52\(10\):2036–2041](#)
- <sup>15</sup> [Am Fam Physician. 2007;76\(7\):987-994](#)
- <sup>16</sup> [Pediatrics. 1982 Oct;70\(4\):570-5](#)
- <sup>17</sup> [Clin Perinatol. 2008 Jun;35\(2\):373–vii](#)
- <sup>18</sup> [PLoS One. 2021 Mar 30;16\(3\):e0249365](#)
- <sup>19</sup> [Ecuadorian Journal of Pediatrics, June 2, 2022](#)
- <sup>20</sup> [Clin Exp Allergy. 2005 Nov;35\(11\):1466-72](#)
- <sup>21, 23</sup> [Allergy, Asthma & Clinical Immunology volume 15, Article number: 62 \(2019\)](#)
- <sup>22</sup> [Postepy Dermatol Alergol. 2020 Jul 14;38\(5\):819–826](#)
- <sup>24</sup> [Mechanisms of Allergy and Clinical Immunology, Volume 137, Issue 2, P587-590, February 2016](#)

- <sup>25</sup> [Clin Epidemiol. 2020 Mar 9;12:287–293](#)
- <sup>26</sup> [Pediatrics \(2015\) 135 \(1\): e92–e98](#)
- <sup>27</sup> [PLoS Med 17\(11\): e1003429](#)
- <sup>28</sup> [JAMA Netw Open. 2020;3\(4\):e202605](#)
- <sup>29</sup> [Rev Lat Am Enfermagem. 2021 Jul 19;29:e3446](#)
- <sup>30, 39, 40, 41, 43, 44</sup> [Front. Psychol., 20 February 2019, Sec. Developmental Psychology](#)
- <sup>31</sup> [Science Translational Medicine, 11 Nov 2020, Vol. 12, Issue 569](#)
- <sup>32</sup> [Cell Host Microbe. 2022 May 11;30\(5\):607–611](#)
- <sup>33</sup> [Cell Host & Microbe, Volume 31, Issue 7, 1232-1247.e5](#)
- <sup>34</sup> [Proc Natl Acad Sci U S A. 2018 Nov 13;115\(46\):11826-11831](#)
- <sup>35</sup> [American Journal of Neuroradiology November 2018](#)
- <sup>36</sup> [Scientific Reports volume 7, Article number: 11483 \(2017\)](#)
- <sup>37</sup> [Scientific Reports volume 14, Article number: 23438 \(2024\)](#)
- <sup>38</sup> [Medicina \(Kaunas\). 2020 Oct 21;56\(10\):554](#)
- <sup>42</sup> [J Autism Dev Disord. 2015 Apr;45\(4\):932-42](#)
- <sup>45, 46</sup> [The Forgotten Side of Medicine, December 21, 2024](#)
- <sup>47, 48, 49</sup> [BMJ Open. 2017 May 4;7\(4\):e014979](#)
- <sup>50</sup> [Acad Pediatr. 2011 May-Jun;11\(3 Suppl\):S22-33. doi: 10.1016/j.acap.2010.08.011](#)

«2025-04-01» با تقدیم احترامات -----

