

باروری و ناباروری

ویژه عمومی

- اگر بیمه های درمانی مسئولیت هزینه های درمان ناباروری را بپذیرند تصمیم زوجها در انتخاب درمان تغییر خواهد کرد.
- فقدان قاعدگی یا آمنوره یک بیماری نیست بلکه یک علامت است.
- در ارزیابی ناباروری اندازه گیری کدام هورمونها لازم است؟
- وقتی فهمیدم فرزند واقعی پدر و مادرم نیستم...
- قرصهای جدید جلوگیری از بارداری
- پاپ اسمیر و کاهش شیوع سرطان سرویکس در افریقای جنوبی
- استرس در اوایل حاملگی و یا حتی قبل از حاملگی می تواند پاسخی برای سقط های بدون دلیل پزشکی واضح باشد.
- استروئیدهای موضعی را در طی شیردهی باید با احتیاط مصرف کرد.



پروحهشکده اهن سیمنا

(مرکز پژوهشی بولوشی و پوتکتولوشی تولیدش و نازاری جواد انکاشی)

لوله‌های فالوپ و در زمانی که لوله‌ها باز بود، انجام پذیرفت که این عمل سوم، پنج سال پیش شکل گرفت. اگر در ابتدا من میدانستم که شانس حاملگی از این طریق ضعیف است، زودتر از این IVF را انتخاب می‌کردم، زیرا بمراتب IVF درد و ناراحتی کمتری را در مقایسه با عمل جراحی لوله‌ها در پی دارد، در حال حاضر پس از انجام اولین IVF، منتظر اولین فرزند خود در سه ماه آینده هستم.

زخم‌ها و جراحتهای حاد که رحم، لوله‌های فالوپ و تخمدانها را در برمی‌گیرد و سلامتی زن را تهدید می‌نماید، باید برای اصلاح و بهبودی، جراحی شود.

بیان این شرح حال به این معنی نیست که در هر صورت باید از همه جراحی‌های عمده و لازم سیستم تولیدمثل بدون در نظر گرفتن وضعیت لوله‌ها و فیمبریا، اجتناب نمود. زخم‌ها و جراحتهای حاد که رحم، لوله‌های فالوپ و تخمدانها را در برمی‌گیرند و سلامتی زن را تهدید می‌نماید، باید برای اصلاح و بهبودی، جراحی شود. در این گونه موارد، تاکید اول حفظ سلامتی زن است و در مرحله بعد، رفع مشکل ناباروری می‌باشد. ادامه دارد

سیری در دنیای علم



آمنوره Amenorrhea

شمیسه اسکندری
کارشناس مامایی پژوهشکده ابن سینا

آمنوره یعنی فقدان قاعدگی که به دو فرم اولیه و ثانویه ممکن است بروز کند.

بدست آمده پس از چند بار تلاش برای انجام IVF در مدت زمان ۲ الی ۳ سال نیز با میزان موفقیت پس از عمل جراحی لوله‌ای در همان مدت قابل مقایسه نیست و بنظر می‌رسد که ۳ تا ۴ بار تلاش برای انجام IVF، حتی در یک مرکز متوسط از نظر موفقیت در درمان، شانس موفقیت بسیار بالاتری را در باروری، در مقایسه با جراحی لوله‌ای دارد.

امید آن می‌رود که بیمه‌های درمانی، مشکل ناباروری را که بیش از ۱۰٪ زوجها در جامعه با آن مواجه هستند را بعنوان یک بیماری قابل درمان بشناسند و پرداخت مخارج آنرا در لیست تعرفه‌های خود قرار دهند.

اعتقاد بر این است که اگر مشکل مالی زوجها بر طرف شود، در رابطه با انتخاب روش درمان جراحی لوله‌ای یا IVF، زوجها قبل از هر اقدامی برای انجام جراحی لوله‌ای، تصمیم به انجام چند مرتبه عمل لقاح خارج رحمی را خواهند گرفت و بدینوسیله از جراحی لوله‌ای که مخارج زیاد، مشکلات متعدد و سپری شدن زمان را بدنبال خواهد داشت، جلوگیری خواهد شد.

بیماری که قبلاً تحت درمان جراحی لوله‌ها قرار گرفته و نهایتاً IVF موفق داشته از خاطرات خود در این مورد می‌گوید:

من سه بار تحت درمان جراحی لوله‌ها قرار گرفتم تا مسیر لوله‌های فالوپ باز شود. بعد از اولین جراحی که داشتم لوله‌ها باز شده بود ولی مجدداً لوله‌ها مسدود شد. جراحی مجددی برای من انجام گرفت تا مجدداً این مسیر مسدود شده باز شود. سومین جراحی برای برداشتن بافت‌های آسیب دیده در اطراف

بنظر می‌رسد که ۳ تا ۴ بار تلاش برای IVF، حتی در یک مرکز متوسط از نظر موفقیت در درمان، شانس موفقیت بسیار بالاتری را در باروری، در مقایسه با جراحی لوله‌ای دارد.

بنام آنکه هستی از اوست

در این شماره می‌خوانید:

لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی» (۱۲)

آمنوره Amenorrhea

هورمون‌هایی که در بررسی علت ناباروری

بررسی می‌شوند

خاطرات باروری

قرصهای جدید جلوگیری از حاملگی

پاپ‌اسمیر و سرطان سرویکس در افریقا

چگونگی تاثیر استرس در ایجاد سقط

داروهای ضدخارش در حاملگی و شیردهی (۲)

سر مقاله



لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی»

(۱۲)

دکتر محمد مهدی آخوندی

ادامه مقایسه جراحی لوله‌های فالوپ و یا انجام IVF:

با توجه به موارد توضیح داده شده در ارتباط با مقایسه جراحی لوله‌ها در رفع مشکل ناباروری با انجام IVF، در این ارتباط، می‌توان گفت مقایسه‌ای بیهوده و نابجاست. چگونه یک پروسه‌ای نظیر IVF، که میزان موفقیت آن بر اساس درمان در یک سیکل قاعدگی مشخص می‌گردد، با جراحی لوله‌ها که ارزیابی میزان موفقیت آن در هر بار اقدام برای جراحی، نیازمند حداقل فرصتی در حدود ۲ تا سه سال پس از عمل جراحی است، مقایسه شود.

جراحی لوله‌ها و IVF در ارتباط با میزان مخارج و هزینه‌های اقتصادی نیز قابل مقایسه نیستند. اگر چه از طرفی، بیمه‌ها مسئولیت پرداخت مخارج IVF را نمی‌پذیرند ولی تقریباً همیشه آماده پرداخت مخارج جراحی‌های لوله‌ای هستند.

شانس باروری در ارتباط با این دو عمل متفاوت است و میزان موفقیت

طولانی به طور روزانه)، کاهش یا افزایش سریع وزن، مصرف بعضی از داروها مثل ضد افسردگی ها و آرام بخشها.

تشخیص علت آمنوره در یک فرد به سرعت امکان پذیر نیست بلکه پزشک و بیمار باید مرحله به مرحله تمام عللی که سبب آمنوره می‌شوند را مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند تا به علت اصلی دست یابند.

در بعضی از خانمها در دوران شیردهی، قاعدگی رخ نمی‌دهد. همچنین در بعضی از افراد بدنبال قطع مصرف قرصهای جلوگیری از حاملگی، ممکن است بروز قاعدگی بمدت سه ماه یا بیشتر به تعویق بیافتد.

در افرادی که تحت فشارهای فیزیکی می‌باشند و فعالیت بدنی زیاد دارند و یا در افرادی که کاهش وزن همراه با بی‌اشتهایی عصبی دارند همچنین در افرادی که توده چربی بدن آن کم است یا فاقد آن هستند مثل زنان ورزشکار معمولاً فواصل بین قاعدگی‌ها طولانی می‌شود (شش ماه یا بیشتر).

آمنوره ثانویه دائمی بدنبال یا ئسگی ایجاد می‌شود. یائسگی ممکن است بصورت زودرس قبل از سن ۴۰ سالگی اتفاق افتد. در خانمهایی که تحت عمل جراحی هیستروکتومی (خارج کردن رحم) قرار می‌گیرند؛ قاعدگی برای همیشه متوقف می‌شود.

قطع قاعدگی یا آمنوره یک بیماری نیست بلکه یک علامت است که به همراه سایر علائم در یک بیماری، ممکن است بروز کند. برای مثال در مواردی که عدم تعادل هورمونی باعث ایجاد آمنوره شده است علائم دیگری مثل رویش مو در روی بدن و صورت، آکنه، ترشح شیر از پستان، تغییر صدا و تمایلات جنسی، افزایش وزن و..... نیز ممکن است بروز کند.

قسمتهای مختلف دستگاه تولیدمثل باشند. مثلاً ممکن است خانمی واژن، رحم یا دهانه رحم نداشته باشد و یا دهانه واژن مسدود باشد. در بعضی از دختر خانمها در طی رشد و نمو جنینی در پرده بکارت مجرای طبیعی تشکیل نمی‌شود و این پرده بصورت سوارخ نشده باقی می‌ماند که معمولاً این حالت تا شروع قاعدگی ناشناخته باقی می‌ماند. در سن بلوغ و بروز اولین سیکل قاعدگی این حالت مانع از خروج خون قاعدگی می‌گردد و خون قاعدگی در پشت این پرده تجمع می‌یابد. در سیکلهای اولیه اگر خونریزی شدید باشد باعث ایجاد درد و تورم در مدخل واژن می‌شود ولی اگر شدید نباشد بدون اینکه فرد متوجه شود جذب می‌شود و فرد در گروه مبتلا به آمنوره اولیه قرار می‌گیرد. این ناهنجاری با عمل جراحی به راحتی قابل درمان می‌باشد.

آمنوره ثانویه

secondary Amenorrhea

در خانمهایی که سیکل قاعدگی منظمی دارند چنانچه بمدت سه سیکل یا شش ماه قاعدگی قطع شود آمنوره ثانویه مطرح می‌گردد. آمنوره ثانویه معمولاً ناشی از اثرات محیطی و بیماری‌های اکتسابی است. شایعترین علت آمنوره ثانویه، حاملگی است. علل دیگری که می‌تواند باعث ایجاد آمنوره ثانویه شوند عبارتند از: فشارهای روحی-عصبی، صدمات مغزی، تومور غده هیپوفیز-تخمندان-غده فوق کلیوی، کیست تخمدان، افسردگی، کم‌کاری یا پرکاری غده تیروئید، افزایش ترشح پرولاکتین از غده هیپوفیز، بیماری‌های مزمن مثل نارسائی کلیه-کیست فیبروزیس-کولیت (ورم و التهاب روده بزرگ)، سندرم شیهان (نکروز شدید و حاد غده هیپوفیز بدنبال خونریزی و شوک بعد از زایمان)، اسکار و زخم لایه داخلی رحم بدنبال عفونت یا کورتاژ، تمرینات ورزشی سنگین و شدید (دویدن طولانی مدت در مسافت

آمنوره اولیه

Primary Amenorrhea

هرگاه قاعدگی و صفات ثانویه جنسی تا سن ۱۴ سالگی ایجاد نشود و یا علیرغم ایجاد صفات ثانویه جنسی (جوانه زدن پستان «تیلارک» رویش موهای زهار «پوبارک»)، تا سن ۱۶ سالگی قاعدگی رخ ندهد؛ آمنوره اولیه مطرح می‌شود.

رخداد فرآیند قاعدگی مستلزم این است که دستگاه تولیدمثل و غدد مترشحه داخلی که در عملکرد این دستگاه دخالت دارند سالم بوده و فعالیت طبیعی داشته باشند. رحم، دهانه رحم، واژن، تخمدانها باید سالم و طبیعی باشند؛ هیپوتالاموس و هیپوفیز (دو غده‌ای که در عملکرد سیستم تولیدمثل نقش مهمی دارند) باید به گونه‌ای صحیح و مناسب فعالیت کنند. چنانچه در یکی از این قسمتها مشکلی وجود داشته باشد ممکن است فرآیند قاعدگی مختل شود و یا قاعدگی رخ ندهد.

قطع قاعدگی یا آمنوره یک بیماری نیست بلکه یک علامت است که به همراه سایر علائم در یک بیماری، ممکن است بروز کند.

به دلایل متعددی ممکن است آمنوره اولیه رخ دهد ولی معمولاً علت آن نقایص تکامل ژنتیکی و مادرزادی است. در غالب موارد علت اصلی آمنوره اولیه تاخیر بلوغ است. بلوغ به دلایل متعددی ممکن است به تاخیر بیافتد. در بعضی مواقع یک اختلال هورمونی (مثل کم‌کاری غده تیروئید) و یا یک اختلال ژنتیکی (مثل غیر طبیعی بودن کروموزمها) می‌تواند از علل تاخیر بلوغ باشند. همچنین در دخترانیکه قبل از بلوغ فعالیت ورزشی و بدنی سنگین و زیاد داشته‌اند؛ تاخیر بلوغ شایع است. سایر علل آمنوره اولیه می‌توانند ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی در

می‌گیرند عبارتند از: FSH (هورمون محرکه فولیکول)، LH (هورمون لوتئینیزه کننده)، استرادیول، پروژسترون، تستوسترون، پروژسترون و هورمونهای تیروئید. البته اندازه‌گیری تمام این هورمونها برای تمام بیماران ضرورت ندارد و پزشک با نتایج حاصل از معاینه بالینی و شرح حال بیمار در رابطه با انجام آزمایش‌های هورمونی تصمیم‌گیری می‌نماید.

خاطرات باروری



پژوهشکده ابن‌سینا به منظور انعکاس مشکلات زوجهای نابارور در هر شماره خاطرات یک زوج نابارور را منتشر می‌نماید.

بزرگترین ترس من در زندگی این بود که بچه‌دار نشوم از زمانیکه اولین قاعدگی در من رخ داد همیشه این نگرانی همراه من بود. شاید خنده‌آور باشد یا جای تعجب دارد که از آن سنین چنین تصوراتی در ذهن داشتم. ده ساله بودم که متوجه شدم بچه واقعی پدر و مادرم نیستم؛ این مسئله ابتدا برایم قابل قبول نبود و آنرا یک شوخی تصور کردم ولی بعد متوجه شدم چون پدر و مادر غیر واقعی من بچه‌دار نمی‌شدند مرا به فرزندی قبول کردند. البته من بچه یتیمی بودم که پدر و مادرم را در یک تصادف از دست داده بودم و مدت کوتاهی بعد از تصادف این خانواده مرا به فرزندی قبول کرده بودند. در بهترین شرایط و با رفاه کامل بزرگ شدم. پدر و مادرم مرا خیلی دوست داشتند و من هم به آنها خیلی علاقه داشتم؛ مثل علاقه‌ای که همه بچه‌ها به والدین خود دارند. ولی از زمانیکه به این واقعیت پی بردم؛ احساس عجیبی پیدا کرده بودم و در مورد واقعی بودن علاقه‌ام و علت علاقه‌ام

(...)، وضعیت شیردهی، سابقه رادیوتراپی و شیمی‌درمانی، سابقه خون ریزی شدید و صدمات مغزی و ... مورد بررسی قرار گیرد. قدم بعدی بدنبال گرفتن شرح حال و معاینه بالینی دقیق، آزمایش خون، سونوگرافی و عکس برداری است. در بعضی مواقع پزشک نمونه برداری از اندومتر رحم (کورتاژ تشخیصی) را نیز درخواست می‌کند. آزمایش خون جهت بررسی چگونگی عملکرد غدد جنسی و غدد درون‌ریز با استفاده از ارزیابی میزان هورمونها مترشحه از این غدد در خون، صورت می‌گیرد. عکس برداری و سونوگرافی برای بررسی وضعیت ساختمانی دستگاه تولیدمثل انجام می‌شود. در بعضی مواقع پزشک با تجویز هورمونهای جنسی و بررسی واکنش دستگاه تولیدمثل به این هورمون‌ها، علت آمنوره را تشخیص می‌دهد.

درمان آمنوره پس از تشخیص علت آن با از بین بردن علت و عوامل بوجود آورنده، امکان پذیر است.

پاسخ به پرسشهای شما



پژوهشکده ابن‌سینا با پاسخگویی به سؤالات شما خوانندگان گرامی توسط متخصصین مجرب، شما را در زمینه باروری و ناباروری راهنمایی خواهد کرد. لذا خوانندگان گرامی می‌توانند پرسشهای خود را از طریق نامه، تلفن و پست الکترونیکی به دفتر نشریه ارسال نمایند.

سؤال: اندازه‌گیری چه هورمونهایی برای بررسی علت ناباروری معمولاً لازم است؟

جواب: هورمونهایی که در خانها بطور شایع در بررسی علت ناباروری مورد بررسی قرار

تشخیص علت آمنوره در یک فرد به سرعت امکان پذیر نیست بلکه پزشک و بیمار باید مرحله به مرحله تمام عللی که سبب آمنوره می‌شوند را مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند تا به علت اصلی دست یابند.

در بررسی علت آمنوره چه اولیه چه ثانویه، گرفتن شرح حال کامل و معاینه بالینی دقیق، در غالب موارد در تشخیص زود هنگام علت آمنوره راهنمای بسیار موثری می‌باشد. در آمنوره اولیه در گرفتن شرح حال، سن شروع قاعدگی در فامیل درجه یک (مادر، خواهر و ...) سابقه خانوادگی ناهنجاری‌های آشکار ژنتیکی، سابقه بیماری‌های سیستمیک و بیماری‌های ناشی از اختلال غدد درون‌ریز، سابقه مصرف دارو، وضعیت تغذیه و فعالیت‌های بدنی، احساس درد و فشار در اندام تناسلی و لکه بینی به طور دوره‌ای بعد از بلوغ در ماههای اخیر باید سوال شود. در معاینه بالینی باید فرد از نظر علائم بلوغ، علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک، ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی (مثلاً پرده بکارت سوارخ نشده) و صفات ثانویه جنسی دقیقاً مورد بررسی قرار گیرد.

در بررسی علت آمنوره چه اولیه چه ثانویه گرفتن شرح حال کامل و معاینه بالینی دقیق، در غالب موارد در تشخیص زود هنگام علت آمنوره راهنمای بسیار موثری می‌باشد.

در آمنوره ثانویه بعد از رد حاملگی، علاوه بر سابقه مصرف دارو، بیماری‌های سیستمیک و غددی فرد باید از نظر مصرف قرصهای ضد حاملگی، تغییر وزن سریع و حالات روحی، سن شروع قاعدگی و چگونگی قاعدگی‌ها، سابقه جراحی و کورتاژ، سابقه عفونت دستگاه تناسلی، علائم یائسگی (خشکی واژن، گرگرفتگی و

پیشنهاد کرده بود که به مدت ۶ ماه پس از اتمام روان‌درمانی، برای درمان ناباروری هیچ اقدامی نکنم و به طور طبیعی برای بارداری تلاش کنم و هیچ‌گاه به بی نتیجه بودن تلاشم نیز فکر نکنم. با آرامش خیالی که پیدا کرده بودم دیگر افکار منفی به راحتی در ذهنم جای نمی‌گرفت و ترس مادر نشدن نیز از وجودم رفته بود. پنج ماه بعد، برای اولین بار قاعدگی من به تاخیر افتاد و در شرایطی که از نظر روحی در موقعیت بسیار خوبی قرار داشتم متوجه شدم که باردار هستم. خبر بارداری برایم خیلی مسرت بخش بود ولی هیچانی که خیلی از خانمها بعد از چندین سال ناباروری در چنین موقعیتی پیدا می‌کنند، به من دست نداد ولی سپاس و تشکر از خداوند، بیش از اندازه بود.

از زمانیکه متوجه شدم باردار شدم تا به امروز که نزدیک به یکسال است از تولد فرزندم می‌گذرد در فکر این بودم که بچه‌ای را به فرزندم قبول کنم چون می‌خواهم در این احساس با مادرم شریک باشم. ولی هنوز شرایط عملی شدن این تصمیم فراهم نشده است.

به امید آرامش روحی برای تمام زوجهای نابارور

اخبار علمی برگزیده



قرصهای جدیدی که دوره قاعدگی‌ها را به ۴ بار در سال تقلیل می‌دهند

خانمهایی که از دی‌سمنوره (درد قاعدگی) رنج می‌برند یا کسانی که ترجیح می‌دهند که از ناراحتیهای ماهانه ناشی از قاعدگی خلاصی یابند؛ می‌توانند از یک کنتراسپتئو جدید (قرص جلوگیری از حاملگی) استفاده کنند.

دیگر گذشت پس از آن بعد از گذشت یک دوره شش ماهه و عدم مصرف هیچ نوع دارویی پزشک معالجم به من پیشنهاد IUI را داد. سه بار IUI بدنبال هم، ولی هیچ نتیجه‌ای حاصل نشد. بعد از آن کاندید IVF شدم. مصرف کلی دارو و آمپول، درد و ناراحتی در هنگام جمع‌آوری تخمک و انتقال جنین، استرس و نگرانی در مورد نتیجه درمان، غم و اندوه ناشی از شکست درمان، تکرار IVF مجدد و گذراندن تمام این حالات یکبار دیگر و باز هم ناکامی و شکست درمان.



سه سال دیگر هم اینگونه سپری شد و تمام این سالها، ترس و نگرانی که از شروع اولین قاعدگی در من ایجاد شده بود با من همراه بود. بعد از تمام این مرارتها و شکستها به دلیل صدمات روحی که خورده بودم تصمیم گرفتم با یک پزشک روان‌شناس صحبت کنم. در طی چندین جلسه مشاوره که با پزشک روان‌شناس داشتم؛ هرآنچه در طول زندگی من باعث آزردهی روح و روان من شده بود توسط او موشکافی و بررسی شد و پس از اینکه از مشکلات و وضعیت روحی من کاملاً آگاه شد به درمان من پرداخت.

پس از اتمام جلسات درمان، احساس راحتی و آرامشی به من دست داده بود که گویی تازه متولد شدم و هیچ غم و اندوه و شکستی را تجربه نکرده‌ام. روان‌پزشک معالجم به من

به آنها دچار شک و تردید شدم. آیا علاقه من به آنها بدلیل محبتی است که به من دارند آیا به خاطر قدردانی از زحمات آنهاست و ... هر چند به این امر واقف بودم که قرابت خونی نمی‌تواند دلیل عشق و محبت باشد و محبت و علاقه چیزی نیست که خویشاوندی نسبی عامل آن باشد، ولی این احساس همیشه مرا رنج می‌داد و به این دلیل همیشه نگران این مسئله بودم که مبادا من هم در شرایط مادرم قرار بگیرم و فرزندم در واقعی بودن احساس فرزندم و علاقه واقعی به من شک داشته باشد. البته ناگفته نماند که پدر و مادرم هیچ گاه متوجه نشدند که من واقعیت را می‌دانم و من هم هیچگاه این مسئله را بروز ندادم.

در دوران قبل از ازدواج سیکل قاعدگی من همیشه با درد و خونریزی زیاد همراه بود. ولی چون این مسئله در زندگی من اختلالی ایجاد نمی‌کرد توجه خاصی به آن نداشتم و هیچ گاه هم بدنبال علت آن نبودم.

بعد از ازدواج درد و خونریزی من در دوران قاعدگی کمی کاهش پیدا کرد. تا یکسال بعد از ازدواج با وجود اینکه هم من و هم شوهرم تمایل به بچه‌دار شدن داشتیم و از هیچ نوع روش جلوگیری از حاملگی نیز استفاده نمی‌کردیم، حاملگی رخ نداد؛ لذا برای کشف علت این امر، به پزشک متخصص زنان و زایمان مراجعه کردیم. پزشک پس از گرفتن شرح حال و معاینه بالینی من درخواست آزمایش بررسی اسپرم برای شوهرم و آزمایش خون و سونوگرافی برای من کرد و جواب سونوگرافی و تمام آزمایشات طبیعی بود. پس از آن هم عکس برداری از رحم که آن هم طبیعی بود.

بعد از آن نوبت PCT (تست پس از نزدیکی) رسید که آن هم طبیعی بود و هیچ مشکلی را نشان نمی‌داد. پس از آن سه دوره تحت درمان کلومیفن سیترات قرار گرفتم که هیچ نتیجه‌ای حاصل نشد. یک سال و نیم

سرویکس نیز موثر است. بطوریکه در میان خانمهای ۳۰ سال به بالا انجام پاپ اسمیر تا ۷۰٪ خطر سرطان سرویکس را کاهش می‌دهد ولی در میان خانمهای جوانتر به طور معنی‌دار تاثیری مشاهده نشده است.

در میان خانمهاییکه سرطان سرویکس داشتند؛ ۱۵۴ نفر در مرحله اول بیماری و ۴۷۰ نفر در مراحل پیشرفته بودند. ۵۷٪ از خانمهاییکه در مراحل اولیه بودند و حداقل یک پاپ اسمیر داشتند با ۴۶٪ از خانمهاییکه در مرحله پیشرفته بیماری بودند مقایسه شدند. در مقایسه با گروه کنترل، تعداد خانمهاییکه حداقل یک پاپ اسمیر داشتند و در مراحل اولیه بیماری بودند بطور معنی‌دار کاهش داشتند و تعداد خانمهاییکه در مراحل پیشرفته بودند نیز تا حدودی کاهش یافتند.

محققین با توجه به نتایج، گفته‌اند که ظاهراً پاپ اسمیر می‌تواند در کاهش شیوع بالای سرطان سرویکس در آفریقای جنوبی تا حدودی موثر باشد. آنها اظهار داشتند که با فرض اعتبار این نتایج اگر تمام خانمها تحت شرایط مطالعه حاضر، پاپ اسمیر می‌شدند تخمین زده می‌شد که تا ۷۰٪ از ابتلای سرطان سرویکس جلوگیری می‌شد.

دانستنی‌های باروری



چگونگی تاثیر استرس در ایجاد سقط

مدتهای زیادی است که استرس به عنوان یک عامل احتمالی سقط مطرح بوده است. اخیراً چندین مطالعه نشان داده است که در میان خانمهاییکه در اوایل حاملگی و یا حتی قبل از حاملگی با فشارهای روحی- جسمی

تشخیص سرطان سرویکس در درمانگاه یا بیمارستان و ۱۵۴۰ زن سالم در گروه کنترل که از نظر سن، نژاد، منطقه و ناحیه کاملاً هماهنگ بودند، انجام گرفته بود.



در این مطالعه پرستاران کار آزموده با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد، با زنان شرکت کننده در مورد تعداد و زمان پاپ اسمیرهای انجام شده مصاحبه کرده بودند. محققین با در نظر گرفتن منطقه، سن، نژاد، میزان تحصیلات، سن شروع فعالیت جنسی، کنتراسپتیوها مصرف شده و مصرف تنباکو در این زنان، اطلاعات حاصل را تجزیه و تحلیل کردند. در میان تمام خانمها در این مطالعه، ۵۰٪ از آنها یکسرطان سرویکس داشتند و ۷۳٪ از گروه کنترل حداقل یک پاپ اسمیر داشتند. پیشرفت سرطان در خانمهاییکه حداقل یکبار پاپ اسمیر داشتند در مقایسه با خانمهاییکه اصلاً پاپ اسمیر نداشتند ۷۰٪ کمتر بود و علاوه بر آن کاهش خطر از ۶۰٪ در میان خانمهاییکه یکبار پاپ اسمیر داشتند به ۸۰٪ در میان خانمهاییکه دو بار یا بیشتر پاپ اسمیر داشتند رسیده بود.

اثر محافظتی انجام پاپ اسمیر همچنان که از زمان آخرین پاپ اسمیر می‌گذرد کاهش می‌یابد؛ بطوریکه تا ۱۰ سال ۷۰٪ می‌باشد ولی بعد از ۱۰ تا ۱۴ سال به ۶۰٪ و بعد از ۱۵ سال به ۵۰٪ می‌رسد. علاوه بر آن سن نیز در تاثیر پاپ اسمیر بر روی سرطان

این قرص جدید بطور فصلی مصرف می‌شود و سیکل‌های قاعدگی را تا ۴ بار در سال کاهش می‌دهد. این قرصها باید بمدت ۸۴ روز بجای ۲۱ روز مصرف شوند. انتظار می‌رود این قرص در سال آینده در انگلستان قابل دستیابی باشد. هم اکنون توسط سازمان غذا و دارو امریکا (FDA) تایید شده است. انجمن تنظیم خانواده انگلستان از این قرصها استقبال کرده است و گفته است که با استفاده از این قرصها می‌توان میزان حاملگی‌های ناخواسته‌ای را که ممکن است در فاصله قطع قرصهای معمول ایجاد شود کاهش داد.



در آفریقای جنوبی انجام پاپ اسمیر شانس سرطان سرویکس را کاهش می‌دهد

بر طبق مطالعه‌ای که از زنان آفریقای جنوبی به عمل آمده است؛ داشتن حتی یک پاپ اسمیر (نمونه برداری از سلولهای دهانه رحم برای تشخیص سرطان) به طور معنی‌داری خطر سرطان سرویکس (دهانه رحم) را کاهش می‌دهد. در مقایسه به عمل آمده بین خانمهاییکه هرگز این تست را انجام ندادند با خانمهاییکه حداقل یک نوبت این تست را انجام دادند؛ نشان داده شده است که تا ۷۰٪ میزان ابتلاء به سرطان سرویکس کمتر بوده است. این کاهش خطر ۱۰ سال بعد از آخرین تست به ۶۰٪ و بعد از ۱۵ سال به ۵۰٪ کاهش می‌یابد. اثر محافظتی این تست از ۶۰٪ برای یک نوبت به ۸۰٪ برای دو نوبت و بیشتر، افزایش یافته بود.

این یافته‌ها از تجزیه و تحلیل یک مطالعه مورد- شاهدهی بر روی کنتراسپتیوهای هورمونی (قرصهای جلوگیری از حاملگی) و سرطان رحم، بین سالهای ۱۹۹۸ تا پایان سال ۲۰۰۱ در یکی از کشورهای آفریقا (Western Cape)، حاصل شده بود.

این مطالعه بر روی ۵۲۴ زن سیاه پوست جوان تا ۶۰ سال با یک

پوست سالم و التهاب دیده به میزان ۳۲٪ و از پوست پلک و اندام تناسلی به میزان ۲۵٪ جذب می شود. پوشاندن و پانسمان موضع می توان میزان جذب را ۱۰ برابر افزایش دهد. متابولیسم دارو در ابتدا در پوست، و در صورت جذب سیستمیک در کبد صورت می گیرد. مصرف آن به صورت استاندارد پماد ۰/۱٪، ۱ تا ۳ بار در روز و لوسیون ۱٪، ۱ تا ۲ بار در روز بکار می رود. همانطور که اشاره شد استفاده از پانسمان بسته هر ۲۴ ساعت باعث افزایش جذب دارو می شود و خطر بروز عوارض جانبی را کاهش می دهد. بهر صورت اگر از استروئیدهای موضعی بسیار قوی مانند کلوبتازول استفاده شود نباید پانسمان بسته بکار برد. اگر به دنبال استفاده از پانسمان عفونت ایجاد شود باید استفاده از کورتیکواستروئیدها متوقف شود.

استروئیدهای موضعی قوی تری مانند بتامتازون در جانوران باعث ایجاد ناهنجاری می شود بنابراین در طی دوره بارداری باید به صورت محدود و به مقدار ناچیزی مصرف می شود.

کورتیکواستروئیدهای سیستمیک به میزان ناچیزی در شیر وارد می شوند؛ بنابراین استروئیدهای موضعی را در طی شیردهی باید با احتیاط مصرف کرد.

اگر به دنبال استفاده از پانسمان عفونت ایجاد شود باید استفاده از کورتیکواستروئیدها متوقف شود.

عوارض جانبی آن: سوزش، خارش، تحریک، قرمزی، خشکی، التهاب فولیکول مو، جوش، کاهش رنگ موضعی، التهاب تماسی پوست، بی حسی، ترک خوردگی، مرطوب و نازک شدن پوست، عفونت ثانویه و گشادشدگی عروق مویرگی می باشد.

در مطالعه ای که این محققین بر روی ۲۳ خانم انجام دادند؛ متوجه شدند خانمهاییکه چندین سقط داشته اند در مقایسه با خانمهاییکه یکبار سقط داشته اند بطور معنی داری جنین های آنها دارای سطوح بالایی از CRH و سایر هورمونهای مربوطه بوده اند.



داروهای ضد خارش در حاملگی و شیردهی (۲)

دکتر سهیلا عارفی

همانطور که اشاره شد ضدخارشها شامل کورتیکواستروئیدها، بی حس کننده ها، آنتی هیستامین ها و نرم کننده ها می باشند که آنها را شرح می دهیم.

بتامتازون

این دارو با فرم کرم لوسیون یا پماد ۰/۱٪ عرضه می شود این کرمها از تأثیر گذاری هیستامین بر روی عروق خونی جلوگیری می کند. اثرات ضدالتهابی این استروئید موضعی ممکنست از پروسه های التهابی باشد که در ابتدا رخ می دهد این پروسه شامل ادم، گشادشدن مویرگها، و حرکت گلبولهای سفید به منطقه ملتهب و فعالیت آنها است. همچنین این دارو از پروسه های تأخیری التهاب مانند تولید مویرگ، کلاژن و تشکیل کلوئید (یا گوشت اضافه) ممانعت می کند. جذب کورتیکواستروئیدها از پوست به عوامل زیر بستگی دارد:

- ۱- خواص ذاتی آنتی دارو ۲- موضع مورد استفاده ۳- مدت زمان تماس دارو با پوست ۴- سطح تماس دارو با پوست ۵- وضعیت پوست.

کورتیکواستروئیدها از پوست سالم و باز به میزان ۱٪ جذب می شود. از

مواجه بودند؛ خطر سقط افزایش داشته است. البته محققین با وجود گزارش این ارتباط، هنوز به درستی نمی دانند که چرا استرس در خانمها می تواند باعث سقط شود.

برای اثبات این یافته مهم، یک تیم از دانشمندان در دانشگاه Tufts و یونان، جزئیات یک واکنش زنجیره ای را نشان دادند که چطور استرس، هورمونها و سایر مواد شیمیایی ناشی از استرس در رحم می توانند جنین را خراب کرده و از بین ببرند. با گزارش این محققین که در مجله اندوکرینولوژی به چاپ رسیده است؛ ممکن است که به درک و حل این مسئله که چرا بعضی از خانمها بدون هیچ دلیل پزشکی واضح، دچار سقط می شوند و یا چرا بعضی از خانمها سقطهای مکرر دارند، کمک کند.

محققین از قبل می دانستند که استرس باعث آزاد شدن چندین هورمون از مغز از جمله هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین (CRH) می شود.

در تحقیقات گذشته در خانمهاییکه زایمان زودرس و یا بچه های با وزن کم هنگام تولد (LBW) داشتند؛ سطوح بالایی از CRH در جریان خون آنها یافت شده بود و مطالعات دیگر خطر بالای سقط را در خانمهاییکه با استرس مواجه بودند را نشان می داد. CRH هورمونی است که مغز در پاسخ به استرس های روحی - جسمی آزاد می کند همچنین در خانمهای حامله این هورمون در جفت و رحم نیز تولید می شود و انقباضات رحم را در طول زایمان هدایت می کند. اما یک تحقیق جدید نشان داده است که CRH و سایر هورمونهای استرس، همچنین ممکن است در قسمتهای دیگر بدن نیز آزاد شود که بطور اختصاصی جایی که تجمع پیدا می کند در ماست سلها Mast cells می باشد.

ماست سلها در رحم به میزان زیاد وجود دارند و در طول استرس، آزاد شدن موضعی CRH سبب می شود ماست سلها ماده ای ترشح کنند که می تواند باعث سقط شود.

