

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



تست های آزمایشگاهی ناباروری مردان

دکتر محمد مهدی آخوندی

بررسی ناباروری مردان با ارزیابی تاریخچه و شرح حال ناباروری فرد، معاینه فیزیکی و انجام دو آزمایش منی (semen) شروع میشود. در این نوشتار بطور مختصر آنالیز منی و تست های آزمایشگاهی انتخابی دیگری که بطور معمول انجام میشود، مورد بحث قرار میگیرد.

۱- آنالیز منی (Semen):

حداقل دو نمونه منی در روزهای متفاوت جمع آوری میشود. بهترین روش جمع آوری اسپرم جهت آزمایش و آنالیز منی، استمناء میباشد. فرد در زمان جمع آوری نمونه، باید حداقل ۴۸ ساعت از تماس جنسی خودداری نماید ولی این زمان نباید از ۹۶ ساعت یعنی ۴ روز تجاوز کند. برای آزمایش منی، همه نمونه باید کاملاً جمع آوری شود. این نمونه معمولاً در یک ظرف دهانه گشاد و استریل که توسط آزمایشگاه در اختیار فرد قرار داده شده، جمع آوری میشود. نمونه باید حتماً در محیط مجاور آزمایشگاه تهیه شود و در ظرف حداقل یک ساعت مورد بررسی قرار گیرد. بررسی و آنالیز عمومی منی شامل بررسی زمان مایع شدن منی، حجم نمونه، غلظت نمونه و PH آن (اندازه گیری میزان اسیدی بودن نمونه) میباشد. بررسی میکروسکوپی نمونه منی شامل شمارش اسپرم، تحرک اسپرم (درصد میزان اسپرم متحرک)، شکل (مورفولوژی)، میزان اسپرمهای با شکل طبیعی، آگلوتیناسیون و یا بهم چسبیده شدن اسپرمها و حضور سلولهای غیر از اسپرم از قبیل سلولهای خونی و باکتری میباشد. یک نمونه منی طبیعی بیش از ۲۰

میلیون اسپرم در هر میلی لیتر را در خود دارد، که بیش از ۵۰ درصد از این تعداد از اسپرم ها باید حرکت پیشرونده داشته باشند و همچنین بیش از سی درصد از این تعداد اسپرم باید شکل طبیعی داشته باشند.



اسپرم طبیعی و سالم

۲- تست های انتخابی:

این گونه تستها اطلاعات کاملتری را درباره برخی از توانائی های باروری اسپرم ارائه میدهند، و بوسیله آن میتوان نقائص مشخصی از توانایی های اسپرم و یا بیماریهای مشخصی از سیستم تولیدمثل مرد را مورد تشخیص و شناسایی قرارداد. این تستها عبارتند از: الف) رنگ آمیزی حیاتی (vital staining) : با انجام این تست تعداد اسپرمهای زنده و مرده مشخص میشود.

نمونه منی طبیعی بیش از ۲۰ میلیون اسپرم در هر میلی لیتر دارد، که بیش از ۵۰ درصد از این تعداد از اسپرم ها باید حرکت پیشرونده داشته باشند.

ب) آنتی اسپرم آنتی بادی (Antisperm Antibodies): این تست برای تشخیص وجود آنتی بادهایی است که با اسپرم متصل میشود و ممکن است روی باروری تأثیر گذارد. ج) بررسی مورفولوژیک اسپرم: این تست جزئیات مربوط به شکل اسپرم را مشخص مینماید. د) رنگ آمیزی پراکسیاز: بوسیله این تست، گلبولهای سفید از اسپرمهای نارس مورد تمایز قرار گرفته و احتمال

وجود و یا عدم وجود عفونت مشخص میگردد.

ه) تست هیپواسمولار. پوشش و غشاء اسپرم برای بررسی ساختمانی آن مورد ارزیابی قرار میدهد.

و) کشت منی: بوسیله این آزمایش حضور و یا عدم حضور باکتری که دلیل عفونت ناحیه تناسلی است، مورد ارزیابی قرار میگیرد.

ز) تست های بیوشیمیایی منی: مواد شیمیایی متنوعی در منی از قبیل فروکتوز (عدم وجود فروکتوز نشاندهنده عدم وجود غدد سمینال و یا بسته بودن لوله عبور منی میباشد).

ح) بررسی هورمونی خون: شامل اندازه گیری هورمونهای FSH و (Follicle Stimulating- Hormone) و تستوسترون (Testosterone) که در ساخته شدن اسپرم مؤثرند میباشد.

ط) آزمایش PCT و بررسی وضعیت موکوس دهانه رحم (Post-coital/cervical mucus test) این تست برای مطالعه سازگاری اسپرم انسان با موکوس دهانه رحم همسرش، که مرز و راه عبور اسپرم برای ورود به رحم میباشد، صورت میپذیرد.



تعداد کم اسپرم در نمونه

۳- تست های انتخابی دیگر:

این تستها به منظور تشخیصهای دقیقتر عملکرد اسپرم انجام میگردد. الف) بررسی و مطالعه توانایی نفوذ اسپرم در تخمک همسر: این تست برای بررسی و اندازه گیری توانایی نفوذ اسپرم انسان در تخمک همسر بوده و نشان دهنده توانایی اسپرم برای نفوذ در تخمک انسان در زمان انجام IVF میباشد.

ممکن است که علت آن یک ضایعه مخفی در لوله‌ها باشد که مانع از برداشتن و گرفتن تخمک توسط انتهای شیپوری شکل لوله در هنگام تخمک‌گذاری می‌گردد. گاهی اوقات مژکهای داخل لوله نمی‌توانند عمل اصلی خود را بخوبی انجام دهند.

۲- اشکالات تخمک:

تولید مداوم تخمکهای غیرطبیعی درصد کمی از علل ناباروری با علت نامشخص را به خود اختصاص می‌دهند. این تخمکها دارای یک ساختمان غیرطبیعی و یا اختلالی در کروموزوم های خود می‌باشند.

۳- پاره نشدن فولیکول:

در برخی موارد، تخمک موجود در فولیکول بصورت طبیعی رشد و نمو پیدا کرده و بدون هیچ اشکالی بالغ می‌شود ولی در هنگام تخمک گذاری نمی‌تواند از آن آزاد شود. پس تخمک داخل جسم زردی که تشکیل می‌شود، گیر افتاده و این حالت را «سندرم فولیکول زرد پاره نشده» می‌نامند.

۱- اشکالات فاز لوتئال (مرحله ترشحي):

فاز لوتئال یا ترشحي به آن قسمتی از سیکل قاعدگی گفته می‌شود که بعد از آزاد شدن تخمک قرار دارد. در برخی موارد این فاز از کفایت لازم برخوردار نبوده و بنام «فاز لوتئال ناقص» خوانده می‌شود.

در درمان فاز لوتئال ناقص کلومیفن

که موجب افزایش ترشحي هورمون

FSH و بهبود کیفیت فولیکول

میشود تجویز می‌گردد.

جسم زرد پروژسترون را که یکی از هورمونهای اساسی در آماده‌سازی اندومتر جهت لانه‌گزینی جنین است ترشح می‌کند. علل مختلفی موجب اختلال در نحوه تولید پروژسترون می‌شود. ممکن است سرعت آزاد شدن آن کم باشد، سطح آن پایین باشد یا مدت زمانی که جسم زرد این هورمون را ترشح می‌کند کوتاه باشد. احتمال دیگری که مطرح می‌شود وجود اشکالی در اندومتر

را پیدا کنند و در واقع یکی از اشکالات علم طب محسوب می‌گردد. بیماران دچار ناباروری با علت نامشخص افرادی هستند که هیچ مشکل واضحی در سیستم باروری خود ندارند. ولی تابحال «ناموفق» بوده‌اند. بعبارت دیگر شامل افرادی می‌شود که احتمالاً علت خاصی برای ناباروری خود دارند ولی با توجه به محدودیتهای علم پزشکی در حال حاضر نمی‌توان آن را تشخیص داد.

ناباروری با علت نامشخص حدود ۱۰٪ از کل زوجهای نابارور را به خود اختصاص می‌دهد.

زنانی را که دارای تخمک‌گذاری منظم باشند، لوله‌های رحم آنها باز بوده و هیچ شواهدی از چسبندگی یا اندومتریوز در آنها وجود نداشته باشد و از طرفی تولید اسپرم شوهران آنها در حد کفایت و تست پس از مقاربت مثبت باشد می‌توان جزء دسته «نازایی با علت نامشخص» طبقه‌بندی کرد. مقاربت باید به دفعات مکرر در حوالی زمان تخمک‌گذاری انجام شود و زوج فوق می‌بایست حداقل تا یکسال تلاش کنند تا شاید حامله شوند.

بر اساس معیارهای مربوطه ناباروری با علت نامشخص حدود ۱۰٪ از کل زوجهای نابارور را به خود اختصاص می‌دهد. با وجود این نسبت افرادی که در این گروه قرار می‌گیرند به تستهای انجام گرفته و استفاده از تکنولوژیهای مختلف درمانی بستگی دارد.

تشخیص ناباروری با علت نامشخص پس از رد سایر علل یعنی زمانی که تمامی آزمایشات لازم انجام شده و نتایج آن طبیعی باشد داده می‌شود. به همین علت است که فراوانی این تشخیص به میزان آزمایشات انجام گرفته بستگی دارد و هر چه تعداد آزمایشات کمتر باشد، این تشخیص بیشتر مطرح می‌گردد.

علل احتمال ناباروری با علت نامشخص در زیر آورده شده است:

۱- اشکالات لوله‌ای رحم:

ب) باند شدن اسپرم به زوناپلوسیدی انسان: این تست جهت اندازه‌گیری توانایی اسپرم برای باند شدن به پوشش خارجی تخمک انسان (زوناپلوسیدا) میباشد. تست همی زونا نیز از این نوع تست میباشد.

ج) بررسی و مطالعه و آنالیز منی توسط سیستم کامپیوتری (CASA): بطور دقیق و کمی مشخصات متنوع حرکتی اسپرم را مورد ارزیابی قرار میدهد.



اسپرم دوسر و غیر طبیعی

اگرچه تستهای فوق میتواند تا حدی وضعیت اسپرم و باروری مرد را پیش بینی نماید ولیکن هیچ آزمایش اسپرمی قادر نخواهد بود تا توانایی باروری اسپرم را دقیقاً مشخص نماید و این بواسطه تنوع فاکتورهای مختلف توانایی های اسپرم و همچنین فاکتورهای مؤثر و موجود در سیستم تناسلی همسر فرد است. بنابراین در بررسی زوج نابارور مطالعه دقیق و کامل باروری زن نیز ضروری میباشد.

سیری در دنیای علم



ناباروری با علت نامشخص
دکتر ربابه طاهری پناه
متخصص زنان زایمان و نازایی

ناباروری با علت نامشخص به مواردی اطلاق میشود که پزشکان علیرغم بررسی های تشخیصی متعدد نمی‌توانند علت ناباروری زوج مربوطه

عرض ۳ سال ۱ به ۳ خواهد بود. استفاده از درمانهای موجود شانس شما را برای حاملگی افزایش می‌دهد. بدین صورت که نه تنها احتمال حاملگی را بالا می‌برد بلکه موجب تسریع در زمان حامله شدن می‌شود. در مورد درمان فازلوتئال ناقص هم همانند تشخیص آن هنوز بحثهای زیادی وجود دارد. این عارضه را می‌توان با تجویز کلومیفن که به افزایش ترشح FSH و بهبود کیفیت فولیکول (که جسم زرد از آن تشکیل می‌شود) منجر می‌شود، بهبود داد.



تجویز پروژسترون هم می‌تواند مستقیماً به رفع اشکالات فازلوتئال کمک کند. پروژسترون را می‌توان به طرق واژینال یا تزریقی تجویز نمود. امروزه با در دسترس قرار گرفتن روشهای باروری کمک شده (ART) احتمال درمان موفق افزایش چشمگیری یافته است. تلقیح اسپرم به داخل رحم که ساده‌ترین روش است با افزایش احتمال تماس اسپرم و تخمک شانس حاملگی را افزایش می‌دهد ولی در اکثر موارد به GIFT یا IVF نیاز پیدا می‌شود. از طرف دیگر از آنجایی که در IVF توانایی اسپرم در باروری تخمک هم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد مفید واقع می‌شود. چون این بیماران دارای لوله‌های رحمی طبیعی هستند با انجام عمل GIFT می‌توان میزان حاملگی آنها را افزایش داد.

علل را تشکیل می‌دهد. علت علمی که برای توجیه این مطلب وجود دارد تنظیم مرکزی ترشح هورمونها در مغز است. این حالت نیازمند بررسی و تحقیقات گسترده‌ای است و در واقع مصداق همان «قضیه مرغ و تخم مرغ» می‌باشد. البته باید بخاطر داشته باشید که بیش از آنکه اختلالات روانی موجب ناباروری گردند، این مشکل ناباروری است که فشارهای روحی و روانی را بدنبال دارد.

است که نمی‌تواند بخوبی به پروژسترون پاسخ دهد.

فازلوتئال ناقص را می‌توان به کمک انجام یک بیوپسی از اندومتر در «زمان خاص» و یا با نمونه‌گیریهای مختلف خون در روزهای مختلف پس از تخمک‌گذاری و اندازه‌گیری میزان پروژسترون آن مشخص نمود.

۵- فاکتورهای ایمنولوژی:

سیستم ایمنی مرد می‌تواند بر علیه اسپرمهای خود وارد عمل شده و در نتیجه باعث از بین رفتن آنها، بی‌حرکت شدن اسپرم و یا چسبیدن آنها به یکدیگر بشود. در زنان هم ممکن است سیستم ایمنی فعال شده و نتیجه نهایی مشابهی داشته باشد که مانع رسیدن اسپرم به تخمک گردد. از طرف دیگر ممکن است پادتن‌هایی بر علیه پوشش خارجی تخمک یعنی لایه شفاف (زوناپلوسیدا) بوجود آید که مانع اتصال اسپرم به تخمک گردد.

۶- عفونتها :

عفونتها هم بیماری‌های خاصی هستند که می‌توانند مسئول برخی از موارد ناباروری با علت نامشخص باشند. ممکن است علت ناباروری بسیاری از افراد وجود یک عامل میکروبی بنام «میکوپلاسما» باشد که امکان تشخیص آن با معاینات بالینی معمولی امکان‌پذیر نیست.

۷- ناتوانی اسپرم در نفوذ به تخمک :

شواهدی در دست است که نشان می‌دهد در برخی زوجها، اسپرمهای مرد علیرغم اینکه از همه نظر طبیعی هستند ولی قادر به نفوذ به تخمک و بارور نمودن آن نیستند. تنها روش تشخیص آن هم انجام IVF است. اگر در IVF محیط آزمایشگاه به روش اسپرم دهنده (اهدایی فرد دیگر) بتواند تخمک همسر را بارور کند ولی اسپرم شوهر قادر به چنین کاری نباشد این تشخیص تأیید می‌گردد.

۸- علل روانی :

بررسیهای انجام گرفته در گروههای زنان و مردان نابارور وجود عوامل روانی در ناباروری را مشخص ساخته است. اختلالات هیجانی سردسته این

آیا چیزی از نظر مخفی مانده

است؟

بایستی همه آزمایشاتی را که یک زوج نابارور انجام داده‌اند مجدداً مرور و بررسی نمود تا پزشک مطمئن شود که تشخیص «ناباروری با علت نامشخص» درست داده شده و آزمایشی در این میان حذف نگردیده است. گاهی تکرار برخی از آزمایشات و بررسیها ضرورت می‌یابد.

آیا ناباروری با علت نامشخص

قابل علاج است؟

بخاطر داشته باشید که هنوز هم شما حتی بدون هیچ درمانی از شانس حامله شدن برخوردار هستید اگر هیچ ضایعه یا اشکال خاصی در شما پیدا نشود، احتمال حاملگی بدون هیچ درمانی در

بماند. چرا که در وضعیت ایستاده احتمال خروج جنین وجود دارد اگرچه هنوز این مسئله ثابت نشده است. بندرت بدنبال دستکاری دهانه رحم سرگیجه ممکن است رخ دهد که نشانه ای از عکس العمل عصبی واگ می باشد. در حالت طبیعی این وضعیت معمولاً خفیف و گذرا است.

خطرات باروری



پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) در نظر دارد بمنظور انعکاس مشکلات ناشی از درمان و تهیه دارو، تأثیرات سوء ناشی از ناباروری و یا خاطرات تلخ و شیرین ناباروری و یا زحماتی که برای حصول باروری متحمل شده اید هر بار ماجرای زوجی نابارور را که برای دفتر مجله ارسال میشود، منتشر نمایند تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

مراحل زایمان

آنها مرا به اتاق عمل منتقل کردند. من شروع به دعا خواندن کردم. حدود ۱۰ نفر در اتاق عمل بودند من احساس کردم که آن شب بسیار حیاتی بوده و تمامی افراد برای دیدن و تشویق کردن من آنجا حضور دارند. از آنجائی که من فقط در دو تا از کلاسهای آماده سازی قبل از زایمان حضور داشتم تکنیک درست تنفس کردن را در حین زایمان بلد نبودم و نمیدانستم که چطور باید با پزشک معالج همکاری نمایم ولی در آنجا تعلیمات لازم به من داده شد. شوهرم همراه خود یک دوربین آورده بود من از او خواهش کردم که از نزدیک عکس بگیرد ولی او آنقدر هیجان زده شده بود که قادر نبود خودش عکس بگیرد لذا یک نفر از افرادی که در اتاق عمل بود قبول کرد که این کار را انجام بدهد.

آنهم میتواند ناشی از تزریق hCG باشد و یا اینکه حاملگی اتفاقی افتاده ولی بدلیلی به علت عدم رشد کافی جنین در مراحل اولیه سقط شده است.



اخیراً در آزمایش اسپرم من تعداد زیادی گلبول سفید خون (WBC) (بیش از حد طبیعی) گزارش شده است علت این امر چیست؟

- وجود WBC معمولاً علامتی از عفونت یا التهاب است. بعضی از سلولهایی که بعنوان گلبول سفید خون تشخیص داده میشوند، در واقع ممکن است شکلی از اسپرمهای نابالغ باشند که به اشتباه WBC تشخیص داده شده است. معمولاً در چنین مواردی یک دوره کامل درمان با آنتی بیوتیک مشکل را حل خواهد کرد. ولی اگر همچنان WBC بالا باقی بماند بایستی با یک اورولوژیست مشورت کنید.



این امکان وجود دارد که با استفاده از کپسولهای پروژسترون در داخل واژن، دیواره های واژن به همان خوبی دیواره های رحم رشد نماید. بعد از اینکه جنین به داخل رحم منتقل شد چه اتفاقی می افتد؟ و چرا بایستی دو ساعت بعد از انتقال جنین استراحت مطلق داشت؟ علت سرگیجه بعد از انتقال چیست؟

- اثر اصلی پروژسترون بر روی رحم است و نمیتوان از هورمون انتظار افزایش ضخامت واضح دیواره واژن را داشت و اصلاً تأثیری هم در حاملگی ندارد. جنین بعد از انتقال به حفره رحم در بهترین ناحیه که آمادگی بیشتری برای قبول جنین دارد کاشته میشود، معمولاً در قسمت فوقانی حفره رحم این شرایط وجود دارد. علت استراحت بعد از انتقال این است که اطمینان حاصل شود که جنین منتقل شده در رحم باقی

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات ابهام در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) آمادگی پاسخگویی به سؤالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هر گونه سؤال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشکده ارسال تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در شماره های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

بیماری هستم که به علت مشکل در تخمک گذاری دچار ناباروری میباشم. به من گفته شد که بایستی ۴ تا ۶ دوره کلومیفن، مصرف نمایم. ماه گذشته چهارمین و آخرین دوره درمانی کلومیفن را به اتمام رساندم. سؤال من اینست که در آخرین دوره درمانی کلومیفن در ماه پیش من یک آزمایش حاملگی مثبت داشتم. لازم به ذکر است که در آن ماه علاوه بر کلومیفن، آمپول hCG هم تزریق نموده و IUI شدم. ولی در آزمایش مجدد میزان هورمونی که نشان دهنده حاملگی است افزایش نیافت و به همین علت مجدداً پزشک معالج تجویز داروها را ادامه داده و اینبار هم IUI را به من توصیه نمود. به هر حال علیرغم اینکه تست حاملگی من مثبت شد ولی به من گفتند که میزانش خیلی پایین است. بعد از اینکه با پزشک ملاقات کردم او به من گفت که تست حاملگی مثبت من یک حاملگی شیمیایی بوده است. حاملگی شیمیایی چیست؟

حاملگی شیمیایی نوعی از حاملگی است که فقط آزمایش خون آن را نشان میدهد ولی در سونوگرافی تأیید نمیشود. علت

درد کاهش یافت. من هرگز نفهمیدم علت آن خونریزی وحشتناک چه بود ولی من در دوران قاعدگی هم خونریزی زیاد داشتم. ولی سرانجام قبل از اینکه به مرحله خطرناک برسم خونریزی کاهش یافت. آنها به من گفتند که من سه برابر حد طبیعی خونریزی داشتم. بنابراین به من خون تزریق کردند مدت یک الی دو ساعت من تحت نظر بودم و بعد از آن مرا به اتاقم بردند.

ادامه دارد ...

دانستی های باروری



ارتباط فعالیت بدنی سنگین و سقط جنین

محققین دانمارکی در ژورنال اپیدمیولوژی شماره ژانویه گزارش کرده اند که برداشتن وسایل سنگین و دیدن طولانی مدت و سایر حرکات بدنی سنگین در زمان لانه گزینی ممکن است خطر سقط را افزایش دهد. در یک مطالعه جدید که بر روی ۴۳ زوج بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال انجام گرفته است نشان داده شده که فعالیت فیزیکی سنگین مثل بازی تنیس، دویدن در مسیر طولانی و بلند کردن وسایل سنگین به طور مکرر در زمانی که تخم بارور شده در رحم کاشته میشود خطر سقط را تا دوبرابر نسبت به خانمهایی که این فعالیت را ندارند افزایش میدهد. مرحله لانه گزینی تخم بارور شده در داخل رحم مرحله ای بسیار حساس برای شروع یک حاملگی سالم میباشد.

دکتر Niels Henrik در بیمارستان دانشگاهی Aarhus در دانمارک نمونه هائی از افزایش خطر سقط خودبخودی را در میان خانمهایی که فعالیت فیزیکی سنگین در طول مدت زمان لانه گزینی جنین داشته اند را مشاهده کرده است. البته یک محقق امریکائی بحثهای آینده نگری را در تعبیر این یافته های جدید مطرح کرده است. این مطلب که

او را دور کردند و گفتند به او دست نزن فقط نگاه کن و من نیز همین کار را کردم. در تمامی مدت زندگی ام چیزی به این زیبایی و شگفت انگیزی ندیده بودم. آنها نوزاد را به بخش نوزادان بردند. فرصتی برای دلتنگی نبود چرا که انقباضات دوباره شروع شد خیلی تند و سریع. ناگهان یک اتفاق غیر منتظره بوقوع پیوست. شوهرم برای من توضیح داد چهار خونریزی شدید شده ام. قبل از اینکه دخترم دنیا بیاید هفت الی هشت انقباض را پشت سر گذاشتم دخترم



حدود ۱۴ دقیقه بعد از تولد برادرش دنیا آمد. دکتر بچه را کمی بالا آورد من یک لحظه توانستم او را ببینم. سپس نوزاد را به تیم دوم تحویل داد من یک بار دیگر سعی کردم در عرض اتاق او را ببینم و به گریه اش گوش بدهم. به نظر میآید مشکلی وجود دارد نه در مورد بچه بلکه در مورد خودم. پس از مدتی جفتهایم نیز خارج شد. آنها به هم چسبیده و بصورت یک توپ بزرگ به نظر میآمدند. ناگهان جنب و جوش افراد زیاد شد و بلافاصله یک رگ از دست دیگر من گرفتند. من خونریزی داشتم خونریزی خیلی بدی بود. دکتر در آن لحظه نمیدانست علت خونریزی شدید من چیست و لازم بود دلیلش را بداند. چیزی که بخاطر دارم این بود که دستش را روی شکم من گذاشت و با دو دست از طرفین شروع به فشار دادن کرد. این عمل آنها ۱۰ مرتبه از درد زایمان دردناکتر بود من خیلی ترسیده بودم و از آنها خواستم که داروی بی حسی مرا از طریق اپی دورال بیشتر کنند و آنها هم همین کار کردند و شدت

آنقدر جریانات سریع پیش میرفت و من هیجان زده شده بودم که فراموش کردم قوانین مخصوص پرستاران را به خاطر بسپارم. از اینها گذشته من دلم میخواست بلافاصله پس از تولد بتوانم فرزندم را مشاهده کنم. وقتی همه شرایط آماده شد، آنها به من گفتند که وقتی انقباض شروع شد به آنها خبر بدهم. وقتی شروع درد و انقباض را اطلاع دادم آنها مرا تشویق کردند که با انقباض عضلات شکمی به خروج نوزاد کمک نمایم. با وجود بی حسی اپیدورال من میتوانستم انقباضات و کمی درد را حس کنم ولی توانائی انقباض عضلات شکمی را نداشتم. پرستاران چگونگی کار را به من آموزش دادند. با شروع انقباضات بعدی من همانگونه که آنها گفته بودند شروع تنفس عمیق کردم. در این هنگام با یک درد ناگهانی خارج شدن قله سر پسر را احساس کردم و این بهترین عامل تحریکی بود که مرا وادار کرد با تمام قدرت و تا آنجا که امکان دارد همکاری نمایم. دو انقباض دیگر، یک اپیریوتومی (برش) کوچک و خروج او به آرامی. این غیرباورترین چیزی بود که من در تمام عمرم دیده بودم. هیچ کلمه ای نمیتواند بیانگر احساس شادی و لذت من در آن لحظه باشد. دو تیم نوزادی آنجا حضور داشتند هر تیم برای یک نوزاد، پسر (ما نام او را علی گذاشتیم) را تیم اولی تحویل گرفت و بلافاصله دهان و حلق او را ساکشن کردند و سپس او را تمیز و خشک کردند من سعی کردم که پسر را ببینم ولی افراد زیادی آنجا بودند و من نتوانستم بچه را به درستی ببینم ولی میتوانستم صدایش را بشنوم. در آن زمان طنین دلنواز اذان به گوش می رسید و همزمان صدای گریه ای که خبر از تندرستی و سلامتی فرزندم میداد، به گوشم رسید. من تصور کردم با یک شادی غیرقابل وصفی شکفته شدم. آنها در عرض یک دقیقه نوزاد را جهت بردن آماده کردند. سپس پسر را جلوتر آوردند و من توانستم او را ببینم. بطرف او خم شدم تا ببوسمش این اولین حرکت من بعد از تولد او بود. ولی آنها

البته به عقیده پروفیسور short خیلی از دانشمندان باتجربه با دستکاری سلولهای جنسی موافق نیستند.



پیوند مغز استخوان و باروری

بر اساس مطالعات تحقیقاتی عمومی که در یکی از نشریات علمی آمریکا به چاپ رسیده است، درمان پیوند مغز استخوان یک اثر منفی بر روی عملکرد جنسی، باروری و کیفیت زندگی بیمار مبتلابه سرطان مغز استخوان حاد بخصوص در خانمها خواهد داشت.

نویسندگان این مقاله خواسته اند که استفاده از پیوند مغز استخوان در این گروه بیماران دوباره مورد بررسی قرار گیرد. دکتر واتسون از مرکز پژوهشی لندن و همکارانش از حدود ۴۷۹ بیمار مبتلا به سرطان مغز استخوان که به طور متوسط ۳۹ سال داشتند درخواست کرد ند که پرسشنامه های مخصوصی را حداقل تا یک سال بعد از درمان پر کنند. این بیماران تحت پیوند مغز استخوان قرار گرفته و یا فقط تحت شیمی درمانی وسیع بوده اند. محققین در این بررسی پی بردند که در مقایسه با بیماران که فقط شیمی تراپی شده اند در بیماران که پیوند مغز استخوان شده اند بطور معنی داری در آنها میل جنسی، فعالیت جنسی، لذت جنسی و توانایی در روابط جنسی کاهش یافته است که این کاهش را خانمها نسبت به آقایان بیشتر تجربه کرده اند. تقریباً در گروهی که پیوند مغز استخوان شده اند عملکرد عاطفی ضعیف، کاهش انگیزه برای زندگی اختلالات هورمونی و ناباروری نسبت به گروهی که تنها شیمی درمانی شده اند بیشتر مشاهده شده است. دکتر واتسون و همکارانش اظهار میدارند که مطالعه نشان میدهد که پیوند مغز استخوان اثرات شدیدی روی عملکرد جنسی بخصوص در خانمها خواهد داشت.

دانشمندان در حال حاضر از انجمن های ناباروری میخواهند که به اثرات و عکس العمل چنین تحقیقاتی توجه داشته باشند. پروفیسور Roger short از دپارتمان زنان و مامائی دانشگاه ملبورن در یک گردهمایی تکنولوژی ژنی در هفته گذشته گفته است که جامعه بایستی این مسأله را مدنظر داشته باشد که تا چه مقدار این تکنیک در درمان ناباروری پیش خواهد رفت. همچنین اظهار داشته است که برگشت باروری با استفاده از انتقال اسپرماتوگونا به منزله تزریق اسپرم بصورت مصنوعی با استفاده از اسپرم اهدا شده نیست بلکه انتقال سلولهای جنسی اولیه (سلولهای اولیه تولیدمثل که بعداً به سلولهای جنسی متمایز میشوند) که این سلولهای جنسی سلولهایی هستند که به اسپرم و یا تخمک تمایز می یابند.

این تکنیک بدین معنی است که سلولهای جنسی یک مرد (مثل فرد A) به داخل بیضه های یک مرد دیگر (مثلاً فرد B) انتقال داده میشود. مرد B از ژرم سلهای مرد A در تمام طول زندگی اسپرم میسازد و تمام بچه هایش ژنتیک فرد A را خواهند داشت.

در حال حاضر اغلب موارد ناباروری مردان درمان شده است بدلیل اینکه مردها یک جهش یا شکستی در ژن کنترل کننده تولید اسپرم داشته اند. تکنیکهای موجود که استفاده میشود در واقع یک اسپرم غیرطبیعی را به داخل تخمک تزریق میکنند و بدین طریق اجازه میدهند که اسپرم معیوب تخمک را بارور کند.

مؤلف مجله Nature معتقد است که انتقال اسپرماتوگونا میتواند جهت درمان ناباروری در حیوانات و انسان مورد استفاده قرار گیرد و میتوان برای مردانی که اسپرم آنها تحت تأثیر اشعه و یا شیمی درمانی قرار گرفته است نیز درخواست شود. آنها تخمین زده اند که ۵۰٪ علت ناباروری انسان ناشی از عیوب مردان است که ۷۰ تا ۹۰ درصد از این عیوب ناشی از نقص در اسپرمهای تولیدشده میباشد.

چگونه فعالیت فیزیکی شدید باعث سقط خودبخودی میگردد هنوز بدرستی روشن نشده است. اما شاید افزایش فشار در شکم و یا تغییر ناگهانی در هورمونها بدنبال فعالیت فیزیکی باعث ایجاد این وضعیت میگردد. یک مطالعه دیگر روی ۵۱ خانم که یک بار سقط را تجربه کرده اند انجام گرفته است. این خانمها برنامه فعالیت فیزیکی روزانه خود را مرتب یادداشت میکردند. هر روز صبح آنها به این سؤال که دیروز چه مقدار فعالیت فیزیکی داشته اند پاسخ میدادند. ۲/۹٪ از خانمها فعالیت فیزیکی سنگین، ۱۱/۹٪ فعالیت فیزیکی متوسط و ۴۰/۷٪ فعالیت فیزیکی سبک و ۴۴/۶٪ نیز فعالیت نداشتند. بر اساس این یافته ها محققین گزارش کردند که آن گروه از زنان که معمولاً ۶ تا ۹ روز پس از تخمک گذاری فعالیت بدنی زیادی داشته اند ۲/۵ بار بیشتر از بقیه دچار سقط جنین شده اند.

خطر سقط خودبخودی در میان خانمهایی که فعالیت فیزیکی سنگین در طول مدت زمان لانه گزینی جنین داشته اند بیشتر است.

برعکس، بر اساس نظریات دکتر Hatch مطالعات دیگر نشان داده است که ورزش سبک خطر سقط را کاهش میدهد و البته دکتر Hatch اظهار میدارد که در این رابطه مطالعات زیادی انجام نگرفته ولی اگر من خانمی بودم که تصمیم به حامله شدن داشتم ورزشهای دلخواهم را کنار میگذارم و از فعالیت فیزیکی اضافی دوری میکردم.



انتقال اسپرماتوگونی و درمان ناباروری مردان

ناباروری مردان بطور تجربی در موشها درمان شده است و این تکنولوژی بر روی انسان در طول یک دهه قابل استفاده بوده است. در مجله Nature این تکنیک درمان ناباروری انتقال اسپرماتوگونا نامیده شده است.

