

پیام باروری و نابارور

سال دوم - دی ماه ۱۳۷۹

قیمت: ۱۰۰ تومان

۱۸

● سرمقاله: روش انتخاب یک مرکز درمانی

مناسب IVF (آخرین قسمت)

● اخبار علمی برگزیده:

مصرف داروهای دوران حاملگی و اسید فولیک

● سیری در دنیای علم:

نقش سن در قدرت باروری زنان

● دانستهای بارور:

آزمایش جدید خون قبل از آمنیوسنتز برای تشخیص سندرم داون

● پاسخ به پرسشها

● خاطرات باروری

● جدول



پرو، هشکده ابن سینا

مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل ناباروری و جنس و دانشگاهی

سخت و طاقت فرسای خود و یا نحوه برخورد مدیریت گله مند بودند، زوج به احتمال بسیار زیاد مرکز مناسبی را جهت درمان انتخاب ننموده اند.

از موارد دیگر بسیار مهم در یک مرکز درمان ناباروری، آزمایشگاه جنین شناسی، نحوه اداره آن، حضور متخصصین آشنا با مسئله لقاح خارج رحمی، وجود کنترل کیفی در انجام آزمایشات و دانستن میزان درصد لقاح، درصد انتقال جنین در آن آزمایشگاه است.

در مقابل راحتی و جذابی محل، وجود فضای آرامش بخش و فراهم بودن جو مناسب و خوشایند برای بیماران، فراهم بودن وسایل سمعی و بصری برای ارائه اطلاعات لازم در مورد پروسه درمان از مواردی است که میتواند زمینه راحتی و آرامش روحی و روانی را برای زوج فراهم آورده و همه این موارد بیانگر این نکته است که مدیریت مرکز توجه مناسبی را به نیازهای فیزیکی و روحی زوج می نماید.

زوج باید سعی نمایند که قبل از تشکیل پرونده با پزشک معالج خود تماس برقرار نمایند، و در صورت عدم امکان این امر، باید نظرات بیماران دیگر را در مورد پزشک معالج خود جویا شوند. اینکه آیا او برخورد خوبی با بیماران تحت درمان خود دارد؟ و اینکه آیا او با حوصله بوده و آمادگی پاسخگویی به سوالات «هر چند بی مورد» زوج را دارد؟ بواسطه نوع درمان لزوم ارتباط و تماس های مکرر زوج با مرکز درمانی، معمولاً زوجهای تحت درمان، براحتی می توانند پزشک معالج خود را ارزیابی نموده و نظرات قاطع و مشخص و صریحی را از بیماران تحت درمان پزشک یا پزشکان معالج داشته باشند. زوجهایی که در صد بررسی و تحقیق در این مورد هستند، متعجب خواهند بود که به چه سادگی می توانند اطلاعات لازم را از زوجهای دیگر تحت درمان کسب نمایند. در مواردی شاید زوج تصمیم بگیرند که

چگونه یک مرکز درمان ناباروری با ارائه نتایج تزیین شده، امکان تغییر و افزایش ظاهری، بی رویه و کاذب موفقیت های خود را ارائه می دهد. در ادامه بحث نحوه ارتباط و برخورد پرسنل و تیم درمانی یک مرکز درمان ناباروری با زوجهای تحت درمان را مورد ارزیابی قرار داده و متذکر شدیم که زوجها در جستجوی مراکزی هستند که پاسخگوی نیازهای روحی آنها باشند. نظم و دقت در تنظیم زمان مراجعه بیماران، پاسخگویی تیم درمانی به سوالات و مشکلات زوجهای تحت درمان و اختصاص زمان کافی برای توجیه درمان و رفع مشکلات زوجها از امور مورد توجه زوجها و یکی از نشانگرهای انتخاب یک مرکز مناسب درمان ناباروری است.

آمادگی مرکز درمان ناباروری جهت پاسخگویی به سئوالهای زوج و آمادگی آنها برای دادن اطلاعات لازم برای بدست آوردن میزان موفقیت یک مرکز درمانی، یکی از محک های انتخاب مرکز درمانی مناسب است. نحوه بررسی و سئوالهای مورد نیاز در این مورد، در قسمت پنجم مباحث توضیح داده شد.

در ادامه بحث در این شماره چگونگی رفتار مدیریت یک مرکز درمان ناباروری با پرسنل و بیماران را بعنوان یکی از شاخص های اساسی انتخاب یک مرکز درمانی مناسب، به بحث خواهیم گذارد.

ملاقات اولیه و بررسی مرکز قبل از تشکیل پرونده، این امکان را برای زوج فراهم می نماید که برخی از پرسنل مرکز را ملاقات نموده و نهایتاً برای آنها مشخص شود که با چگونه افرادی سروکار خواهند داشت. اینکه آیا یک فضای سالم و همدلی و رفاقت بین پرسنل و تیم درمانی حکمفرما است؟ و یا اینکه پرسنل بدخلق بوده و موجبات نگرانی را برای بیماران فراهم می آورند؟ و یا اینکه با پرسنل و تیم درمانی کم حوصله، جهت پاسخگویی به سوالات خود مواجه می شوند؟ و.....

اگر پنج نفر از ۹ نفر پرسنل، بسته به موقعیت های مختلف کاری، از کار

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



چگونگی انتخاب یک مرکز درمانی مناسب لقاح خارج رحمی IVF

دکتر محمدمهدی آخوندی

آخرین قسمت

۶- رفتار مدیریت و تیم درمانی با پرسنل و بیماران

در بحث های قبلی متذکر شدیم که یکی از مهمترین اقدامات برای زوج نابارور، انتخاب یک مرکز معتبر و مناسب درمان ناباروری است. همچنین یکی از معیارهای اساسی و اولیه برای انتخاب یک مرکز درمانی قابل قبول، قضاوت زوجهای نابارور و مشاهدات آنها در ارتباط با عملکرد آن مرکز، از اولین تماس تا ترخیص بیماران می باشد.

ملاقات اولیه و بررسی مرکز قبل از تشکیل پرونده، این امکان را برای زوج فراهم می نماید که برخی از پرسنل مرکز را ملاقات نموده و نهایتاً برای آنها مشخص شود که با چگونه افرادی سروکار خواهند داشت.

جهت بررسی و بدست آوردن اطلاعات بیشتر دانستن مفاهیمی از نتایج آماری درمان ناباروری، مفید و تا حدی لازم می باشد. در شماره های قبل با مفاهیمی از قبیل حاملگی شیمیایی، حاملگی کلینیکی و چگونگی استفاده نابجا از این واژه در ارائه نتایج یک مرکز ناباروری آشنا شدیم. همچنین با مفاهیم مختلف در ارزیابی نتایج آماری میزان حاملگی موفق یک مرکز از قبیل میزان حاملگی در ارتباط با تعداد انتقال جنین های انجام گرفته، گزارش میزان حاملگی در ارتباط با تعداد زوجهای تحت درمان قرار گرفته، گزارش میزان حاملگی بر اساس تعداد پروسه های جمع آوری تخمک، آشنا شده و دریافتیم که

همچنان ادامه یافته تا در سن ۴۴ سالگی میزان آن به ۱٪ یا کمتر کاهش می یابد.

در بهترین سنین باروری یک زوج یعنی سن ۲۵-۱۸ سالگی، شانس حاملگی در ماه ۲۵٪ می باشد در صورتی که در ۴۰ سالگی این میزان به ۵٪ در ماه کاهش می یابد. کاهش باروری زنان از ۲۹ سالگی شروع می شود اما کاهش مشخص از سن ۳۳ سالگی به بعد مشاهده میشود. این کاهش قدرت تولید مثلی مستقیماً ناشی از کاهش وابسته به سن، تعداد و کیفیت تخمکهای او می باشد، زیرا کودک دختر با تمامی تخمکهای که می تواند دارا باشد متولد می شود در جنین با جنس مؤنث قبل از هفته ۲۴-۲۰ حاملگی تمامی تخمکهای تخمدان او تولید می گردد و تولید تخمک جدید متوقف می شود. در این زمان تخمدانها دارای ۸-۶ میلیون تخمک می باشند که کیفیت تمامی آنها یکسان نیست از این زمان از دست دادن تخمکها شروع شده و روزانه تعدادی از آنها از دست می رود بطوریکه در زمان تولد تخمدانها ۲-۱ میلیون تخمک دارد. پس از تولد نیز این کاهش ادامه یافته، بطوریکه در زمان بلوغ تعداد آنها به ۴۰۰۰۰۰ عدد می رسد. از دست دادن تخمکها کاملاً مستقل از کنترل هورمونی بوده و قادر به توقف و یا تعیین میزان آن نمی باشیم.

سن به عنوان یک سد مطلق برای باروری و حاملگی زنان نمی باشد، ولی قدرت باروری و توانائی برای حاملگی منجر به تولد فرزند سالم با افزایش سن کاهش می یابد.

در طول سیکل قاعدگی منظم یا غیر منظم، در طی حاملگی، زمان شیردهی و یا دوره جلوگیری از بارداری، این روند همچنان ادامه می یابد. بسیاری از فاکتورها و عوامل محیطی مانند: مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، داروهای شیمی درمانی در سرطان، رادیوتراپی سرطانهای دستگاه تولید مثل و بسیاری عوامل دیگر این روند

انتظارات واقعی خود را از درمان ناباروری ترسیم نماید و نه اینکه به دنبال امید واهی، یاس و سرگردانی را پس از بکارگیری روشهای درمانی ناباروری در یک مرکز نامناسب، تجربه نماید.

سیری در دنیای علم



نقش سن در قدرت باروری زنان

دکتر محمد رضا صادقی

متخصص بیوشیمی بالینی

در جوامع امروزی بیش از ۲۵٪ زنان شروع زندگی مشترک خود را به تاخیر انداخته و در نتیجه اولین حاملگی و زایمان آنها به پس از ۳۵ سالگی موکول می گردد. شاید شما نیز یکی از این افراد باشید که تلاش و فکر خود را تا کنون در جنبه های دیگر زندگی شامل ادامه تحصیل، کسب درآمد اقتصادی و موفقیت در آنها و یا پیدا کردن شوهر مناسب معطوف نموده اید و شاید شما یک مادر هستی و لی به همراه همسرتان تصمیم گرفته اید تا فاصله سنی مناسب بین اولین و دومین فرزند شما وجود داشته باشد و یا اینکه شما یا همسران مبتلا به ناباروری بوده و درمان خود را به آینده موکول کرده اید. بهتر است قبل از آنکه زمان را از دست بدهید درباره نقش سن در قدرت باروری زنان بهتر بدانید.

سن به عنوان یک سد مطلق برای باروری و حاملگی زنان نمی باشد، ولی قدرت باروری و توانائی برای حاملگی منجر به تولد فرزند سالم با افزایش سن کاهش می یابد. باروری در زنان را عموماً بر اساس تعداد حاملگی منجر به تولد نوزاد زنده به ازا هر ۱۰۰۰ زن در هر گروه سنی بدون توجه به تمایل یا عدم تمایل زنان آن گروه سنی برای حاملگی تعیین می کنند. حداکثر قدرت باروری زنان بین سنین ۲۵-۱۸ سالگی می باشد. در سن ۳۵ سالگی میزان باروری ۵۰٪ و در سن ۴۰ سالگی ۸۵٪ کاهش می یابد، این کاهش

با چند تن از پزشکان متخصص شناخته شده در این مورد کسب تکلیف نمایند و از آنها در مورد انتخاب بهترین مرکز سوال نمایند. اگر چه این اطلاعات و تحقیقات از خارج درباره یک مرکز می تواند بسیار مفید باشد ولی در بسیاری موارد، هیچ چیزی نمی تواند جایگزین اطلاعاتی شود که زوج در بررسی های داخل کلینیک و از مشاورت با بیماران تحت درمان بدست می آورند.

زوج باید سعی نمایند که قبل از تشکیل پرونده با پزشک معالج خود تماس برقرار نمایند، و در صورت عدم امکان این امر، باید نظرات بیماران دیگر را در مورد پزشک معالج خود جویا شوند.

از موارد دیگر بسیار مهم در یک مرکز درمان ناباروری، آزمایشگاه جنین شناسی، نحوه اداره آن، حضور متخصصین آشنا با مسئله لقاح خارج رحمی، وجود کنترل کیفی در انجام آزمایشات و دانستن میزان درصد لقاح، درصد انتقال جنین در آن آزمایشگاه است. آمادگی متخصصین جنین شناسی برای پاسخ به مشکلات زوج در زمینه های علل عدم باروری و لقاح، علل استفاده از روش های تشخیصی و درمانی انتخاب شده می باشد. زوج باید این امکان را داشته باشند که در هر لحظه و با روی باز از وضعیت نطفه خود (اسپریم و تخمک) و چگونگی پیشرفت لقاح و تشکیل جنین، موقعیت جنین ها در حین انتقال مطلع شوند و در صورت علاقه آنها به مشاهده جنین قبل از انتقال، آزمایشگاه باید این فرصت را در اختیار زوج قرار دهد. در صورت عدم باروری و یا رخ دادن هر گونه اشکالی در روند لقاح، زوج باید امکان سوال و دریافت پاسخ مناسب را جهت اطلاع از علل و عوامل آن داشته باشند.

در نهایت زمانی که بیمار با شناخت و بررسی آگاهانه متوجه شد که دنبال چیست؟ و با انتخاب آگاهانه خود مرکز مناسب درمان ناباروری را انتخاب نمود، براحتمی می تواند

رحم شامل لوله های فالوپ و حفره لگنی می باشد. پاسخ این بافت به تغییرات هورمونی سیکل ماهیانه زنان، منجر به درد و التهاب و به دنبال آن چسبندگی داخل حفره لگنی می گردد، هر چند آندومتریوز در جوانان پس از بلوغ نیز مشاهده می شود ولی از آنجا که برای گسترش این اختلال زمان زیادی نیاز است، میزان شیوع و ناباروری ناشی از آن در زنان با سن بیشتر از ۳۰ سال افزایش می یابد.

۵- اختلالات تخمک گذاری و نقص در فاز لوتئال: همراه با افزایش سن سطح هورمونهای جنسی زنان دچار نوساناتی می گردد که منجر به بی نظمی در سیکل ماهیانه (کوتاه یا طولانی شدن سیکل) عدم تخمک گذاری و در نهایت عدم خونریزی ماهیانه می گردد. علاوه بر این در سیکل ماهیانه طبیعی به دنبال تخمک گذاری و آزاد شدن تخمک، تخمدان مقدار کافی هورمون پروژسترون برای حفظ سلولهای پوششی رحم و حفظ جنین تشکیل شده و لانه گزینی آن در رحم فراهم می سازد. با افزایش سن به علت عدم کارایی تخمدان و کاهش میزان پروژسترون تولیدی، دیواره رحم قادر به لانه گزینی و حفظ تخمک بارور شده نبوده و جنین قبل یا بعد از لانه گزینی دفع می گردد.

۶- اختلالات کروموزومی: اغلب زوجهای مسن از تولد فرزند مبتلا به سندروم داون (منگولیسیم) هراسان می باشند زیرا شایعترین اختلال کروموزومی بوده که با افزایش سن مادر میزان بروز آن افزایش می یابد. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته از جمله استرالیا به عنوان روش روتین برای زنان حامله با سن بیشتر از ۳۵ سال، بررسی کروموزومی برای جنین انجام می شود. این بررسی به صورت نمونه برداری از پرزهای جفتی در هفته ۱۰-۹ حاملگی (کورיוسنتز) و یا نمونه برداری از مایع آمینوتیک در هفته های ۱۸-۱۷ حاملگی مادر (آمینوسنتز) صورت می گیرد و جنینهای با نقایص کروموزومی شناسائی و سریعاً سقط

تخمکهای اهدائی حاصل از زنان جوان، دارای درصد موفقیت بسیار بالاتری می باشند.

۲- تغییرات رحم: برخی از محققین معتقدند که در زنان مسن میزان جریان خون حفره لگنی کاهش یافته و منجر به از دست دادن گیرنده هورمونهای جداره اندومتر آنان می گردد. علاوه بر این بیماریهای رحم مانند لیومیوما (Leiomyomas) یا تومورهای فیبروئیدی، اسکارهای داخل رحم و بیماری آدنومیوز (Adenomyosis) نیز با ازدیاد سن، افزایش یافته و منجر به کاهش باروری زنان می گردد. خوشبختانه چنین بیماریهایی نادر بوده و غالب زنان تا دهه ۵۰ زندگی خود دارای رحم کاملاً سالمی می باشند، ولی کاهش طبیعی پذیرندگی و لانه گزینی رحم برای جنین، ناشی از کاهش تدریجی گیرنده هورمونهای استروئیدی در سلولهای جدار اندومتر می باشد. ۱۰-۵٪ کاهش باروری از سن ۴۵ سال به بعد ناشی از اختلال در رحم می باشد.

از آنجا که طول عمر تخمکها در مقایسه با سایر سلولهای بدن بسیار طولانی است (برای برخی از زمان تولد تا یائسگی)، در نتیجه احتمال بروز اختلال (بویژه کروموزومی و ژنی) در تخمکهای آزاد شده در اواخر دوره باروری بسیار بیشتر می باشد.

۳- بیماریهای التهابی لگن: هر گونه التهاب و عفونت پنهان و غیر قابل تشخیص حفره لگنی در سننین نوجوانی و یا سالهای اولیه باروری، در طول زمان باعث آسیب یا انسداد لوله های رحمی و یا عفونت آشکار در سننین باروری می گردد. علاوه بر این وجود عفونت در مجاری تناسلی همسر، باعث انتقال آن به زنان و در نتیجه عفونت آنها می گردد. با افزایش سن و بروز مکرر این عفونتها میزان ناباروری وابسته به آنها افزایش می یابد.

۴- آندومتریوز: یکی از علل عمده ناباروری در زنان وجود لایه پوشاننده رحم (آندومتریوم) در فضاهای غیر از

را تسهیل می کنند. همانند هر پدیده بیولوژیک که دارای یک توزیع نرمال می باشد، عمده زنان بویژه در کشورهای جهان سوم در سن ۴۰ سالگی منبع تخمدانی تخمکهای خود را از دست داده ولی درصد کمی در اثر عوامل فوق قبل از ۳۰ سالگی تخمکی برای آزاد کردن نداشته و برخی از زنان نیز پس از ۴۰ سالگی تا سن ۵۰ نیز به طور منظم ماهانه تخمک آزاد می کنند. معمولاً از دست دادن قدرت باروری و کامل شدن یائسگی حدود ۱۰ سال طول می کشد. نهایتاً در دهه ۶۰-۵۰ زندگی خود تمامی تخمکها را از دست داده و این حالت یائسگی یا اختلال تخمدان نامیده می شود، یائسگی با کاهش تولید هورمونهای جنسی استروژن و پروژسترون همراه بوده که برای خونریزی ماهیانه و حفظ حاملگی ضروری می باشد. در بعضی از زنان، یائسگی قبل از سن ۴۰ سالگی بروز میکند که به آن یائسگی زودرس یا اختلال پیش رس تخمدان می گویند. اثر افزایش سن بر روی قدرت باروری ناشی از عوامل متعددی می باشد. که به اختصار در زیر می آید.

۱- کیفیت تخمک: یائسگی مشخصه معمول از کار افتادن سیستم تولید مثل بوده و علائم آن از بین رفتن سیکل ماهیانه و قدرت تولید مثل می باشد. همراه با پیر شدن فرد، تخمدانها و تخمکهای او نیز پیر شده ، کیفیت و توانائی باروری آنها توسط اسپرم و تولید فرزند زنده در مقایسه با تخمکهای زنان جوانتر شدیداً کاهش می یابد. زمانی که چنین تخمکهایی بارور کردند قدرت زنده ماندن آنها نیز کمتر است. از آنجا که طول عمر تخمکها در مقایسه با سایر سلولهای بدن بسیار طولانی است (برای برخی از زمان تولد تا یائسگی)، در نتیجه احتمال بروز اختلال (بویژه کروموزومی و ژنی) در تخمکهای آزاد شده در اواخر دوره باروری بسیار بیشتر می باشد. کاهش باروری از سن ۴۵ سالگی بعد، ۹۵-۹۰٪ آن ناشی از کیفیت بد تخمکها است زیرا زنان مسن با

باشد. و درصد موفقیت آنها در حد ۳۰٪ موفقیت کلی سیکل‌های IVF می باشد (۸/۱٪ در مقابل ۲۱/۵٪) در حدود ۲۲٪ سیکل‌های IVF مربوط به زنان مسن قبل از تخمک‌گیری لغو می شود در صورتیکه برای کل سیکل‌های IVF میزان لغو سیکل ۱۲٪ است. تحریک تخمک‌گذاری در خانم‌های مسن نیز مناسب نمی باشد در مطالعه ای که بر روی ۷۷۹ سیکل درمانی در ۴۲۴ زن انجام گرفت شانس حاملگی به دنبال تحریک تخمک‌گذاری در هر سیکل ۱۲/۷٪ در زنان کمتر از ۳۵ سال به ۵/۸٪ در زنان بیشتر از ۳۵ سال کاهش یافته بود. در مطالعه دیگری بر روی ۴۰۲ سیکل درمانی بر روی ۸۵ زن با سن بیش از ۴۰ سال انجام گرفت در مجموع شانس حاملگی آنان در هر سیکل ۳/۵٪ بود و از این تعداد حاملگی نیز بیش از ۶۰٪ جنین‌ها سقط گردید.

در نهایت بایستی ذکر کرد که در زوج‌های سالم طی سه ماه تلاش برای حاملگی ۵۰٪ آنها حامله می شوند، ۷۵٪ پس از ۶ ماه تلاش حامله شده و پس از یکسال تلاش بیش از ۸۵٪ زوجها حامله می شوند. ۱۵-۱۰٪ زوجها طی یکساله زندگی مشترک قادر به حاملگی نبوده و نابارور در نظر گرفته می شوند، از سن ۲۵ تا ۴۴ سالگی این درصد بطور پیشرونده ای افزایش می یابد. پس هر گاه شما نیز تصمیم به حاملگی و بچه دار شدن دارید زمان از دست ندهید زیرا ساعت بیولوژیک شما بدون توقف به پیش می رود. توقف یا برگرداندن آن برای شما غیر ممکن یا بسیار دشوار خواهد بود.

پاسخ به پرسشهای شما



سؤال: اگر یک زن بیمار که هنوز قابلیت تخمک‌گذاری دارد و از نظر مالی و روحی نیز توانایی ادامه IVF را داشته باشد در چه مرحله ای شما به او پیشنهاد می کنید که IVF را متوقف کند؟ ۶بار ۱۰بار ۲۰بار؟

مخدر، مصرف داروهای شیمی درمانی، رادیوتراپی و سموم محیطی اختلال در تولید و عملکردهای اسپرم را در سنن پائین تر تسریع می کنند.

سن مادر (سال)	فراوانی بروز سندروم داون (یک نفر به ازاء هر ... تولد)	فراوانی بروز تمامی اختلالات کروموزومی (یک نفر به ازاء هر ... تولد)
۳۰	۹۵۲	۵۲۶
۳۵	۳۷۸	۱۹۲
۴۰	۱۰۶	۶۶
۴۵	۳۰	۲۱
۵۰	۱۱	۸

آنچه که بیشتر از موارد فوق با افزایش سن همسر در کاهش قدرت باروری زنان موثر است اختلال در نعوذ و انزال و کاهش میل جنسی در طرفین و در نتیجه افزایش فاصله بین تماسهای جنسی است، در نتیجه اسپرم در زمان مناسب برای باروری تخمک در دسترس نخواهد بود.

۹- عوامل دیگر: سوء تغذیه در زنان مسن بیشتر از افراد جوان دیده می شود سوء تغذیه به علت دریافت کم مواد غذایی باعث لاغری مفرط و یا افزایش دریافت مواد غذایی با چاقی مفرط در آنها شده و در هر دو صورت منجر به کاهش قدرت باروری آنها می گردد. افزایش بسیاری از بیماریها مانند دیابت، کوشینگ، فشار خون و بیماریهای تیروئید، قلب و عروق و بیماریهای اتوایمون منجر به کاهش باروری و بسیاری از آنها منجر به یائسگی زودرس در زنان می گردد.

افراد نابارور بایستی بدانند که روند کاهش قدرت باروری در آنها به علت عوامل ایجاد کننده ناباروری دارای سرعت بیشتری می باشد. روشهای درمان ناباروری (ART) پس از سن چهل سالگی درصد موفقیت ناچیزی دارد. هر چه سن زنان پائین تر باشد احتمال موفقیت درمان ناباروری بیشتر می باشد. به طور متوسط موفقیت روش IVF در حد ۲۰٪ به ازای هر تخمک‌گیری در بیماران کمتر از ۳۵ سال است در حالیکه بیماران با سن بیشتر از ۳۵ سال درصد موفقیت در حد ۵٪ و کمتر می باشد. در آمریکا ۱۵٪ سیکل‌های IVF مربوط به زنان با سن بیشتر از ۴۰ سال می

می گردد. جدول زیر میزان بروز نقایص کروموزومی و سندروم داون را در سنن مختلف مادر را نشان میدهد.

۷- سقط خودبخودی: با افزایش سن مادر میزان بروز سقط خود بخودی جنین افزایش می یابد که غالباً در ماههای اول حاملگی و ناشی از نقایص کروموزومی جنین است. زیرا جنین ناقص قادر به زنده ماندن و رشد در داخل رحم نمی باشد هر چند که شرایط پوشش داخلی و محیط رحم نیز کیفیت لازم برای نگهداری جنین رادار نمی باشد. احتمال سقط جنین در زنان کمتر از ۳۰ سال ۱۰٪ می باشد که در اواخر دهه ۳۰ زندگی این درصد به ۱۷٪ و با شروع دهه ۴۰ میزان سقط خودبه خودی به ۳۴٪ افزایش می یابد.

۸- عامل همسر و کیفیت اسپرم: کاهش باروری همراه با افزایش سن یک جانبه نبوده، بلکه در مردان با افزایش سن قدرت باروری کاهش می یابد ولی پس از بلوغ، به علت تولید مداوم اسپرم اثرات سن بر قدرت باروری مردان به شدت زنان نمی باشد و بخشی از آن ناشی از مطالعات کم انجام شده در ارتباط با سن و قدرت باروری مردان می باشد. با افزایش سن تعداد اسپرمهای متحرک در هر انزال کاهش می یابد شاید سن ۵۰ سالگی، زمانی باشد که این کاهش از نظر بالینی مشخص می گردد. در این سن نقایص کروموزومی در اسپرمها افزایش می یابد، با افزایش سن، اختلال در تمامی جنبه های عملکرد اسپرم شامل تحرک، تعداد و قدرت باروری افزایش می یابد. سن ۵۰ سالگی برای افرادی است که الگوی زندگی طبیعی دارند برخی از الگوهای زندگی مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل، مواد

کردیم و از همان ابتدا چون تصمیم داشتیم بچه دار شویم برای این هدف تلاش می کردیم. من هرگز فکر نمی کردم که حامله شدن اینقدر سخت باشد چرا که تمام افرادی که می شناختم برای حامله شدن با مشکلی روبرو نبودند و خیلی راحت حامله شدند. آن زمان بدلیل شغل شوهرم ما در یک شهرستان دور زندگی می کردیم که از امکانات پزشکی کاملی برخوردار نبود و از شهر خودمان دور بودیم. من هر روز صبح درجه حرارت بدنم را کنترل می کردم تا اینکه از زمان تخمک گذاری اطلاع پیدا کنم با این روش برنامه حاملگی ام را تنظیم کنم. بعد از ۶ ماه به شهر خودمان برگشتم چون حامله نشده بودم تصمیم گرفتیم به یک دکتر مراجعه کنیم تا ببینیم آیا مشکلی داریم یا خیر. در ابتدا جواب تمام آزمایشات طبیعی بود. و آنها به ما گفتند که چیزی وجود ندارد که مانع بچه دار شدن ما شود ولی باز حامله نشدم بعد از یکسال در یک سیکل دچار تحریک بیش از حد تخمدان شدم (Hyperstimulation) و بدین ترتیب پزشکان متوجه شدند که من دچار تخمدان پلی کیستیک (PCOD) می باشم و تخمک گذاری ندارم. آنها به من دارویی دادند که سبب تحریک تخمک گذاری می شد. اگر چه یک سال گذشت ولی هیچ اتفاقی نیافتاد. بعد از آن بدلیل اینکه من یک کیست بزرگ در تخمدان راستم داشتم تحت عمل جراحی قرار گرفتم. پزشک معالجم گفت که بعد از این عمل جراحی دیگر مشکلی برای حامله شدن وجود ندارد ولی باز هم اتفاقی نیافتاد بنابراین تصمیم گرفتیم که برای IUI آماده شویم ولی آن هم بی نتیجه بود. یک ماه قبل از اینکه IUI دوم را انجام دهیم شوهرم مجدداً به یک شهرستان دیگر منتقل شد. ما از این بابت خیلی ناراحت شدیم چرا که مجبور بودیم مراحل درمان را با یک دکتر دیگر از ابتدا دوباره شروع کنیم ولی شکر خدا پزشکم یک دکتر خوب را در آنجا به ما معرفی کرد. ما بلافاصله بعد از رسیدن به آنجا پیش

جراحی قرار گیرد ولی می خواهد که حامله شود. خواهشمندم ما را راهنمایی کنید در ضمن اثر حاملگی روی فیبروز چیست؟

جواب: بعد از یک سال تلاش برای حاملگی با تاریخچه ای که شما برای ما شرح داده اید. ما حتماً توصیه می کنیم که به یک پزشک متخصص مراجعه کنید.



تخمک گذاری می تواند احساس ناراحتی را در تخمدانی که تخمک گذاری می کند ایجاد کند ولی ممکن است در تخمدان مقابل نیز این ناراحتی احساس شود. بنابراین احساس درد دلیل قابل اعتمادی مبنی بر محل تخمک گذاری نیست اینکه لوله شما بوسیله فیبروز مسدود شده یا نه ارزیابی فقط از طریق عکس رنگی رحم (HSG) خیلی مشکل است و برداشتن فیبروز ممکن است به شما کمک کند و یا بالعکس. بررسی ناباروری یک زوج حداقل پنج مرحله دارد که حتماً باید آن مراحل را طی کنید تعداد اسپرم شما از سطح نرمال کمتر است ولی زیاد بد نیست من امیدوارم که شما زوج گرمی قبل از اینکه هر درمانی را شروع کنید. زیر نظر یک متخصص حاذق تحت یک بررسی کامل قرار بگیرید.

خطرات باروری



من هرگز فکر نمی کردم که زمانی این داستان را بنویسم و هنوز نمی توانم باور کنم که این کار را انجام دادم ولی این من هستم که یک داستان نوشته ام درباره اینکه چگونه من و شوهرم بعد از سه سال ناباروری بچه دار شدیم. ما ۴ سال پیش ازدواج

پاسخ: سؤال شما بسیار واضح و در عین حال مشکل است و تکرار این درمان بستگی به وضعیت هر فرد دارد یعنی می بایست مورد به مورد بررسی گردد.

بعنوان مثال در بیماران مسن تر که پاسخ ضعیف دارند زمانی که دو سیکل ناموفق داشته باشند بهتر است ارزیابی کامل انجام گرفته و راههای دیگری را برای بیمار پیشنهاد کنیم.

در بیماران جوانتر با پاسخ های عالی که هیچ آبستنی صورت نگرفته است تعداد قابل قبول انجام این عمل ۴ تا ۶ بار است. مجدداً تاکید می کنیم که جهت تصمیم گیری نهایی باید هر مورد را جداگانه بررسی کرد.

سؤال: من و شوهرم تصمیم گرفتیم که بچه دار شویم. مدت ۸ سال است که من از قرص جلوگیری استفاده می کنم چه مدت طول می کشد تا من باردار شوم؟ و آیا مصرف قرص برای این مدت طولانی میتواند روی توانائی من برای حامله شدن اثر گذاشته باشد؟

پاسخ: مصرف قرص در کل روی توانایی شما برای حامله شدن اثری ندارد ولی می تواند حامله شدن را برای چند ماهی به تاخیر اندازد البته ضرورتاً برای تمام افراد چنین نیست و برخی افراد مدت کوتاهی پس از قطع مصرف قرص حامله شده اند.

سؤال: من ۴۰ سال دارم و در آزمایش اسپرموگرام من تعداد اسپرمهایم ۳ میلیون می باشد تعداد اسپرم ها کم، ولی تحرک آنها خوب است همسرم ۳۳ سال دارد و ۱۰ سال پیش بدلیل داشتن فیبروز بزرگ تحت عمل جراحی قرار گرفته است ما برای حاملگی تلاش کردیم ولی ناموفق بودیم اخیراً همسرم یک عکس رنگی رحم گرفته است. و مشخص شده که لوله سمت راست رحمش به دلیل فیبروز بسته شده است. همسرم معتقد است تنظیم برنامه نزدیکی ما با فعالیت تخمدان چپ (احساس درد در ناحیه تخمدان چپ) کافی است. پزشکمان قبل از هر اقدامی برای حاملگی جراحی را پیشنهاد کرده است ولی همسرم حاضر نیست دوباره تحت عمل

سنین باروری می باشند توصیه می شود که مولتی ویتامینهایکه به اندازه کافی اسید فولیک دارند مصرف کنند. مطالعات نشان میدهد که ویتامینها به مقدار خیلی زیاد خطر نقایص زمان تولد را در خانمهاییکه از داروهای مسدود کننده دی هیدروفولات استفاده کرده اند را کاهش میدهد. ولی درمورد خانمهاییکه داروهای ضد صرع مصرف کردند مطالعه ای انجام نشده است.

دانستنی های باروری



آزمایش جدید خون قبل از آمینوسنتز برای تشخیص سندرم داون
 بجای استفاده از آمینوسنتز یک آزمایش خطرناک و مهاجم که به طور روتین در خانمهای حامله ۳۵ سال به بالا توصیه می شود با یک آزمایش خون ساده می توان سندرم داون جنینی را بدون وارد کردن سوزن به رحم مادر بررسی کرد. تنها در مورد خانمهاییکه که این تست خون آنها مثبت می شود برای تشخیص کاملتر درخواست آمینوسنتز می گردد. آمینوسنتز یک روش معمول برای تشخیص این سندرم می باشد ولی خطر سقط را کمی افزایش میدهد. نویسندگان این گزارش گفته اند که این مبارزه طلبی تستهای راهنمای قبل از تولد به یافته های یک مطالعه که اخیراً منتشر شده است برمیگردد، در آن مطالعه نشان داده شده است که هدف قرار دادن خانمها برای آمینوسنتز تنها بر اساس سن آنها کاری بسیار اشتباه است. به گفته دکتر جیمز از دانشکده پزشکی کنتیکوت امریکا تمام خانمها بایستی اطلاعات با ارزش بیشتری در مورد نتایج این آزمایش خون کسب کنند قبل از اینکه برای انجام آمینوسنتز به همراه خطرش تصمیم بگیرند. هنگامی که یک خانم تحت عمل آمینوسنتز قرار می گیرد دکتر یک

می کند باعث ایجاد نقص مادرزادی می شوند.

بر اساس یافته های یک مطالعه داروهاییکه با مصرف اسیدفولیک تداخل دارند می توانند باعث افزایش خطر انواع مختلف نقایص مادرزادی گردند.

محققین به این مسئله اذعان دارند که فقدان اسیدفولیک در طول حاملگی باعث ایجاد اسپینابیفیدا و سایر نقایص لوله عصبی می گردد، اگر چه این ارتباط در مورد ایجاد سایر نقایص مادرزادی هنوز به درستی مشخص نیست.

در این مطالعه پزشکان بررسی کردند تا ببینند که اگر مادران داروهاییکه که باعث اختلال جذب اسیدفولیک می شود مصرف کنند آیا خطر نقایص مادرزادی افزایش می یابد و آیا داروها در ایجاد این نقایص نقشی دارند؟

محققین از بخش ایمونولوژی دانشگاه بوستون ۶۹۲۲ نوزاد متولد شده را که شکاف دهان و یا نقایص دستگاه ادراری و قلبی داشتند را مورد بررسی قرار دادند این نوزادان با ۸۲۸۷ بچه که سایر نقایص مادرزادی داشتند و دلیل آن فقدان اسیدفولیک نبود را مورد بررسی قرار دادند. بیشتر داروهاییکه باعث اختلال اسیدفولیک می گردد تحت عنوان مسدود کننده ها دی هیدروفولات نامیده میشوند این داروها شامل: آمینوپترین و متوتروکسات (از داروهای سرطان)، سولفا سالازین (یک دارو ضد التهاب) پیریمتامین (دارو درمان عفونتها تک یاخته ای)، تری امترین (یک داروی مدر) و تریمتوپریم (بخشی از آنتی بیوتیک باکتریم) و داروهاییکه جهت درمان صرع استفاده می شوند مثل: فنی توئین - فنوبار بیتال - پریمیدون و کاربامازپین نیز می تواند روی اسید فولیک اثر بگذارند.

محققین دریافت اند که اگر مادران در سه ماهه اول بارداری داروهای مسدود کننده هیدروفولات را مصرف کنند خطر شکاف دهان و نقایص قلبی مادرزادی سه برابر میشود. اگر داروهای ضد صرع مصرف کنند این خطر دو برابر میشود خانمهاییکه در

دکتر معرفی شده رفتیم این دکتر هم برای ناباروری ما دلیل مشخصی پیدا نکرد. زیر نظر این پزشک دو مرتبه IUI شدم که نتیجه ای نداشت بنابراین ما تصمیم گرفتیم که IVF را امتحان کنیم. سیکل اول برای من وحشتناک بود من احساس بسیار بدی داشتم و دلیل اینکه پاسخ من به داروها خوب نبود سیکل متوقف شد ما دو ماه صبر کردیم و دوباره درمان را شروع کردیم این بار آنها فقط دو تا تخمک گرفتند که تنها یکی از آنها بارور شد من خیلی ناراحت شده بودم ولی شوهرم به من می گفت که ما تنها یک تخمک نیاز داریم پس نگران نباش. متاسفانه این بار هم حامله نشدم دلیل اینکه از نظر روحی و جسمی بسیار خسته بودم تصمیم گرفتم که ۶ ماه استراحت کنم و هیچ درمانی را دنبال نکنم. پس از ۶ ماه من آماده شدم که سیکل دیگری را شروع کنم. این بار پاسخ من به داروها خیلی خوب بود و همه چیز خوب پیش می رفت. در روز تخمک گیری آنها توانستند ۸ تخمک بگیرند و چهار تایی آنها بارور شد که هر چهار تایی آنها به رحم منتقل شد. مطابق برنامه دو هفته بعد من برای آزمایش حاملگی رفتم با تصور اینکه این بار هم جواب منفی است من آزمایش دادم و به خانه برگشتم ولی بعد از ۲ ساعت پزشکم به من زنگ زد تا جواب آزمایش را برابم بخواند جواب آزمایش مثبت بود. در حال حاضر ۱۷ هفته از حاملگی من می گذرد و من حالا یک بچه دارم یک پسر و تصویر آنرا در مانیتور سونوگرافی دیده ام. من هرگز فکر نمی کردم روزی برسد که من حامله شوم ماهنوز باورمان نمی شود و آن مثل یک رویا بود ولی این رویا به حقیقت پیوست به امید موفقیت شما زوجهای نابارور.

اخبار علمی برگزیده



مصرف داروها در زمان حاملگی و اسیدفولیک

داروهاییکه اسیدفولیک را مهار

