

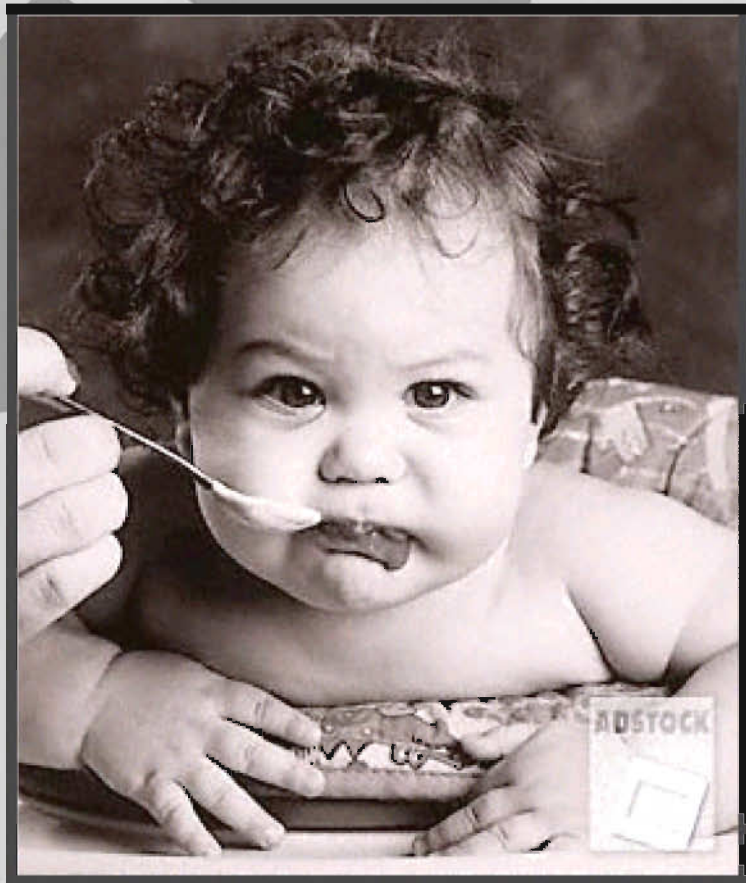
سیم باروری و ناباروری

۲۰

قیمت: ۱۰۰ تومان

سال دوم - اسفند ماه ۱۳۷۹

- سرمقاله: پی آمد حدقلوبی بدنبال انجام ART
- سیری در دنیای علم:
- بهداشت باروری - بارداری در دوران نوجوانی
- اطلاعات دارویی:
- تغذیه صحیح و باروری مردان
- پروژسترون
- جدول



- پاسخ به پرسشها شما
- خاطرات باروری
- اخبار علمی برگزیده:
- فشارهای روحی ناشی از PTSD و ناراحتی های دوران بارداری
- دانستهای بارور:

پروفسور سید ابان سینا

مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل نازایی جسد دانشگاه

نشاندهنده میزان ۲۸ درصد از حاملگی های چند قلو در درمان بوسیله ART است که از تخمک زوج جهت این درمان استفاده میشود. و در صورت استفاده از تخمک دهنده، میزان حاملگی چند قلو به ۳۵ درصد می رسد. میزان این حاملگی های چند

زنی که مدتهاست برای حامله شدن منتهی به تولد فرزند تلاش می نماید. تصور موضوع "حاملگی چند قلو" برای او بسیار مشکل و غیر قابل تصور است.

قلو با میزان حاملگی های چند قلو طبیعی که بیش از ۲ درصد نیست، قابل مقایسه و بررسی است. عوارض حاملگی های چند قلوایی شامل: دیابت در دوران حاملگی، خونریزی های پس از وضع حمل، وضع حمل زودرس، کاهش وزن جنین هنگام تولد، مرگ جنین در رحم، نقائص جنینی و یا تأخیر در رشد جنین می باشد. البته این عوارض با افزایش تعداد هر جنین اضافه افزایش می یابد.

دو قلوایی در دوران حاملگی در معرض خطر کمتری از سه قلوایی و سه قلوایی نیز در معرض خطر کمتری از چهار قلوایی قرار دارد. تصمیم گیری و تلاش برای نگهداری و ادامه حمل سه قلوایی برای یک زن حامله بسیار مشکل است، مخصوصاً پس از بررسی و تشخیص قطعی که دو قلوایی به سه قلوایی افزایش می یابد. و تشخیص عوارض و مزایای ادامه حمل را دشوار می نماید.

البته پیامدهای روانی کاهش میزان جنین های کاشته شده متفاوت است و بستگی به بیمار نیز دارد. برای برخی این تصمیم گیری بسیار مشکل است، زیرا انتخاب آگاهانه سقط جنین بستگی به فرهنگ و اعتقادات زوج داشته و این عوامل می توانند مانع این تصمیم گیری شود. برای عده ای نیز تصمیم آگاهانه کاهش تعداد جنین، بواسطه تفاوت در اعتقادات زوج بسیار بحران زا است،

جنین ها" در حالی مطرح می شود که آنها هیچگونه اطلاعاتی را درباره ابعاد پزشکی و ابعاد روحی و روانی و نتایج منطقی حاصل از بکارگیری آنها ندارند. موضوعات چگونگی جلوگیری و پیشگیری از حاملگی چندقلو، کاهش خطر حاملگی های چند قلو، کاهش تعداد جنین های کاشته شده در رحم و همچنین مبارزه با حاملگی چند قلوایی موضوعاتی است که زوجها در زمان بکارگیری روش های ART با آن مواجه میشوند. پس از سالهای طولانی تجربه بکارگیری درمان ناباروری، سالهای طولانی تلاش و انتظار، سالهای طولانی تخیلات داشتن فرزند و پدر و مادر شدن، بسیار دردناک و مشقت آور است که انسان در موقعیتی قرار گیرد که باید نسبت به خاتمه زندگی کودکی که سالهای طولانی آرزوی داشتن آنها داشته است، تصمیم گیری نماید. برای بسیاری از والدین این موضوع یک معمال غماض اخلاقی است و برای همه این یک بحران پزشکی و دارای ابعاد روحی و روانی و اخلاقی است.

موضوعات چگونگی جلوگیری و پیشگیری از حاملگی چند قلو، کاهش خطر حاملگی های چند قلو، کاهش تعداد جنین های کاشته شده در رحم و همچنین مبارزه با حاملگی چند قلوایی موضوعاتی است که زوجها در زمان بکارگیری روشهای ART با آن مواجه می شوند.

در گزارش منتشر شده در سال ۱۹۹۴، در ۲۹۴ سیکل درمانی لقاح خارج رحمی منجر به تولد فرزند، ۳۵ درصد حاملگی چند قلوایی مشاهده شده است که از این میان ۲۸/۳ درصد دو قلوایی و ۵/۹ درصد سه قلوایی و ۰/۶ درصد حاملگی بیش از سه قلوایی گزارش شده است. گزارشهای منتشر شده در سالهای پس از آن نیز مشابه این آمار را ارائه نموده است این گزارش همچنین

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



پی آمد چند قلوایی بدنبال انجام ART

(۱)

دکتر محمد مهدی آخوندی
آیا شما تا بحال این جمله « آیا ممکن است که من حداقل برای یکبار حامله شوم» را شنیده اید؟! در ارتباط با بیماران ناباروری که تحت درمان لقاح خارج رحمی قرار گرفته اند، گاهی این جمله به زبان آورده می شود مخصوصاً زمانی که آزمایش βHCG که به تنهایی قادر به نشان دادن حاملگی قطعی نیست. مثبت شود، تا حدودی احساس حامله بودن را در زوج بوجود می آورد. اگر چه احتمال حاملگی وجود نداشته باشد.

از طرف دیگر امکان « حاملگی چند قلوایی» نیز وجود دارد زنی که مدتهاست برای حامله شدن منتهی به تولد فرزند تلاش می نماید، تصور موضوع " حاملگی چند قلوایی" برای او بسیار مشکل و غیر قابل تصور است اغلب بیماران نابارور، بمجرد بحث در مورد ریسک ها و عوامل خطر حاملگی چند قلوایی، علاقه و ترجیح خود را نسبت به داشتن یک فرزند اعلام می نمایند ولی همزمان دو قلوایی و سه قلوایی را ایده آل می شمارند.

بعنوان یکی از اعضاء تیم درمان ناباروری که با بسیاری از زوج های تحت درمان درباره تعداد جنین های آزمایشگاهی تشکیل شده و تعداد جنین های قابل انتقال مشاوره نموده است، بسیاری از زوج ها با وسوسه " حاملگی چندقلو" مواجه می شوند و برخی از آنها این نکته را ابراز می دارند که قادر به تصمیم گیری در مورد کاهش تعداد جنین های کاشته شده در رحم می باشند. ولی موارد " حاملگی چند قلو" و " کاهش تعداد

بطوریکه ۳۶٪ از زنان در سن ۱۵ تا ۴۴ سالگی در کشورهای در حال توسعه از مشکلات مذکور رنج می‌برند. در مقابل تنها ۲۱٪ مردان با این قبیل مشکلات مواجهند.

بهداشت باروری تنها مربوط به سالیان باروری که از سنین ۱۵ تا ۴۵ تعریف شده است نمی‌شود. بلکه کلیه مراحل زندگی را از تولد تا مرگ در بر می‌گیرد. در سری مقالات حاضر به مشکلات بهداشت باروری پرداخته و هر بار مقطعی از زندگی و مسائل بهداشت باروری مربوط به آن را بررسی می‌نمائیم.

بارداری در دوران نوجوانی

داستان مادر جوانی که ناخواسته باردار شده، داستان تازه ای نیست. مادری جوان و بی تجربه که خارج از چهارچوب ازدواج و یا به واسطه ازدواجی تحمیلی در عنفوان جوانی و یا حتی در دوران نوجوانی بدلیل ناآشنایی با وسایل پیشگیری از بارداری، باردار شده است.

نوجوانی که خود در سنین رشد و تکامل به سر می‌برد و نیازمند توجهات فیزیکی و روحی - روانی است باید بار مسئولیت فرزند ناخواسته ای را بر دوش بکشد. تحقیقات نشان داده اند که مادران نوجوان با احتمال بیشتری نوزادان نارس را دنیا می‌آورند. و به دلیل تنگی لگن بیشتر دچار عوارض زایمان می‌شوند. عواملی چون سن مادر، فاصله کم بین بچه‌ها

چنانچه در متون علمی سازمان جهانی بهداشت آمده است. بهداشت باروری صرفاً به معنای عدم وجود بیماری دستگاه تناسلی نیست بلکه تعریف دقیق آن بر فرآیندها و شرایط متعددی مبتنی است.

مراقبتهای نامتناسب دوران بارداری و زایمان در تعیین سلامت و نجات نوزاد متولد شده و رشد و تکامل او در طی دوران کودکی نقش دارند. نوزادان ناخواسته که

حقوقی، بواسطه افزایش حاملگی‌های چند قلوئی شکل گرفته است و آمادگی برای پیشگیری از آن و همچنین مواجهه صحیح با آن بسیار مهم بنظر می‌رسد.

البته پیامدهای روانی کاهش میزان جنین‌های کاشته شده متفاوت است و بستگی به بیمار نیز دارد.

ادامه بحث «پی آمد چند قلوئی بدنبال انجام ART» را در شماره آتی پی‌گیری نمائید.

سیری در دنیای علم



بهداشت باروری، بارداری در دوران نوجوانی (۱)

دکتر شایسته جهانفر

عضو گروه غدد و تولید مثل پژوهشکده ابن سینا
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
همچنانکه در متون علمی سازمان جهانی بهداشت آمده است، بهداشت باروری صرفاً به معنای عدم وجود بیماری دستگاه تناسلی نیست بلکه تعریف دقیق آن بر فرآیندها و شرایط متعددی مبتنی است. عدم وجود ضعف و ناتوانی در عملکرد جنسی و دستگاه تناسلی زن و مرد، سلامت دوران بارداری، سلامت تنظیمات باروری، بهداشت بلوغ، ازدواج و یائسگی، بیماریهای پستان و دستگاه تناسلی، عفونتهای مقاربتی، عفونتهای دستگاه ادراری و تناسلی و بالاخره ناباروری همه و همه در مقوله بهداشت باروری می‌گنجد.

مشکلات مربوط به بهداشت باروری نیز به وسعت این تعریف، متعدد و متنوع است. مقاله ای از سری مقالات سازمان جهانی بهداشت می‌نویسد: در کشورهای در حال توسعه، گاه مشکلات بهداشت باروری بیش از عفونتهای دستگاه تناسلی، سل، خودکشی و یا حتی جنگ برای افراد کشور مشکل آفرین می‌شود.

ناموجه بودن این تصمیم‌گیری از بعد اجتماعی آن و زوایای ناشناخته این موضوع نیز موجب افزایش نگرانی زوج، در این انتخاب می‌شود، از طرف دیگر، دعاها و راز و نیازها و درخواست‌های مکرر از خداوند برای داشتن فرزند و علاقمندی مفرط به پدر و مادر شدن نیز مانع این تصمیم زوج در کاهش تعداد جنین‌ها می‌شود.

اغلب اوقات، زوجین پس از مشخص شدن حاملگی چند قلوئی، از گفتن آن به اطرافیان و دوستان و بستگان خودداری می‌نمایند. شاید بواسطه ابهامات در پشت این موضوع و امکان شکل‌گیری سقط جنین بصورت خودبخودی و یا انتخابی باشد. زوج معمولاً از گفتن این نکته که یک فرزند طبیعی را از دست داده‌اند، احتراز می‌نمایند. این تصمیم‌گیری نهایتاً بسیار مشکل است و نیاز به یک بررسی عقلایی و بسیار پیچیده و داشتن اطلاعات کامل و بعضاً متضاد دارد. برخی با مطالعه اطلاعات توجیه‌کننده و بر اساس

بسیار دردناک و مشقت آور است که انسان در موقعیتی قرار گیرد که باید نسبت به خاتمه زندگی کودکی که سالهای طولانی آرزوی داشتن آنرا داشته است، تصمیم‌گیری نماید.

ضرورت سلامت پزشکی جنین و یا مادر، تصمیم به کاهش تعدادی از جنین‌ها را می‌گیرند. و برخی نیز با استفاده از همین اطلاعات تصمیم به پذیرش احتمالی خطر و ادامه حمل همه جنین‌ها را می‌گیرند. هر یک از این دو انتخاب دارای ریسک و احتمال خطرات متعدد برای حاملگی است و جایگزینی آن با یک نگرانی و اضطراب ناخواسته، موجب جلوگیری از هر گونه تصمیم‌گیری در این استنباطات متداخل و متضاد می‌شود.

در چند سال اخیر نگرانی‌های متعددی در بین متخصصین مختلف علوم پزشکی روانی، اجتماعی و

گردد. در مقاله آتی به مقوله بهداشت باروری و مرگ و میر مادران اشاره خواهیم کرد.

1) UNFPA United Nations Population Fond. Women's empowerment and reproductive health, links throughout the life cycle.

2) Progress in human reproductive research Who's work in reproductive health the role of the special programme No.42, page 1, 1997.

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات ابهام در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشگرده این سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) آمادگی پاسخگویی به سوالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هر گوه سوال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشگرده 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.

سؤال: سیگار چه اثراتی روی باروری خانمها می گذارد اگر بصورت شدید سیگار بکشند؟

جواب: بعد از کنار گذاشتن سایر فاکتورهای موثر مدت انتظار حاملگی در خانمهایی که شدیداً سیگاری هستند حدود ۵۴٪ افزایش می یابد حتی در خانمهاییکه یک تا چهار سیگار در روز می کشند نیز این تاثیر دیده شده است.

سؤال: سیگار چه اثراتی روی باروری مردانیکه که شدیداً سیگاری هستند دارد؟

جواب: شناس باروری در مردانیکه بیش از ۲۰ سیگار در روز می کشند از ۶ تا ۱۲ ماه اول بطور معنی داری کاهش می یابد مدارکی وجود دارد که نشان میدهد کیفیت اسپرم نیز در افراد سیگاری کاهش می یابد ولی افتراق دقیق اثرات سیگار روی

مراقبت نماید در ورطه نابودی می افکند کم نیستند مادران جوانی که بدلیل عدم وجود حمایتهای خانوادگی یا اجتماعی دست به خودکشی زده و فرزندان خود را بر سر راه گذارده اند حتی اگر خانواده حمایت از مادر نوجوان را به عهده گیرد، او آمادگی روانی لازم را برای مراقبت از نوزاد خود ندارد. از طرفی منابع مالی خانواده ممکن است که تکافوی حمایت کامل مالی و اقتصادی را برای این عضو جدید ننماید. چنین کودکانی برای تامین مخارج خویش مجبور به کار هستند و تحقیقات نشان داده که اغلب توسط سوداگران مورد سوء استفاده قرار می گیرند.

همچنین فاصله کم بین تولدها، برای مادر و نوزادش مضر خواهد بود. بررسی ها نشان داده که نوزادان دوم بدنیا آمده از مادران جوان تا قبل از پایان یکسال از زمان تولدشان در معرض سوء تغذیه شدید و حتی مرگ هستند. از طرفی سلامت نوزاد اول نیز به لحاظ کوتاه شدن دوران شیرخوارگی تحت الشعاع قرار خواهد گرفت.

در قنا (Ghana) بیماری "کوارشیوکور" یا "فقر پروتئینی"

نوزادان ناخواسته که در خانواده های فقیر و پر بچه متولد می شوند، از توجهات ناکافی والدین رنج برده و بیشتر در معرض سوء تغذیه قرار خواهند داشت.

بیماری نوزادان اول لقب گرفته است چرا که مادران با فواصل اندک باردار می شوند.

سن قانونی ازدواج در کشور جمهوری اسلامی ایران برای دختران ۱۵ سال و برای پسران ۱۸ سال پیش بینی شده است. سنی که رشد و تکامل لگن و رشد قدی هنوز ادامه دارد. لذا بهتر است در صورت ازدواج با توجه به رشد کامل فیزیکی نسبت به عدم بارداری تصمیم گیری شود تا از عوارض بارداری در دوران نوجوانی و جوانی پیشگیری

در خانواده های فقیر و پر بچه متولد می شوند، از توجهات ناکافی والدین رنج برده و بیشتر در معرض سوء تغذیه قرار خواهند داشت. حدود نیمی از مرگ و میرهای کودکان زیر ۵ سال در اولین ماه تولد اتفاق

فاصله کم بین تولدها، همچنین برای مادر و نوزادش مضر خواهد بود. بررسی ها نشان داده که نوزادان دوم بدنیا آمده از مادران جوان تا قبل از پایان یکسال از زمان تولدشان در معرض سوء تغذیه شدید و حتی مرگ هستند.

می افتد. در کشورهای در حال توسعه، خطر مرگ و میر در سال اول تولد به میزان ۳۰٪ افزایش می یابد و این افزایش صرفاً در کودکان بدنیا آمده از مادران نوجوان اتفاق می افتد. نارس بودن جنین و کمی وزن زمان تولد همراه با عوامل دیگری همچون فقر، سوء تغذیه و عدم دسترسی به مراقبتهای پزشکی و درمانی از عوامل مهم دخیل در مرگ و میر این نوزدان هستند.

تحقیقی در نیجریه (Nigeria) نشان داده که مرگ و میر نوزادان در مادران زیر ۲۰ سال ۱۲۱ مرگ به ازاء هر ۱۰۰۰ تولد زنده درمقایسه با ۷۹ مرگ به ازاء هر ۱۰۰۰ تولد در مادران ۲۰ تا ۲۹ ساله بود.

دختر نوجوانی که باردار می شود مجبور به ترک تحصیل می شود و لذا فرصتهای تحصیلی و شغلی مناسب را از دست خواهد داد. در کشورهای در حال توسعه همچنین بسیاری از کشورهای توسعه یافته، تزلزل شئون فرهنگی و اعتقادی، دختران بسیاری را به ورطه بارداریهای ناخواسته در خارج از چهارچوب ازدواج می کشاند که باعث ترد دختران از خانواده ها و آغاز سردرگمی و بی پناهی آنان و زندگی خیابانی خواهد شد.

گرایش به اعتیاد و زندگی بی بند و بار، مادر جوان را که در حین نیاز به داشتن سرپناه باید از نوزاد خود نیز

اطمینان بیشتری به درمانگاه رفته و یک آزمایش حاملگی دادم. که جواب مثبت بود. پزشکم وقتی مطمئن شد که حامله هستم با خوشحالی به من گفت تو فقط ۵٪ شانس داشتی! من با شنیدن خبر حاملگی آنقدر هیجان زده و گریان شده بودم که حتی فرصت تشکر برایم باقی نماند. در واقع می توان گفت این داستان یک معجزه است و من این را به تمام زوج های در حال انتظار تقدیم می کنم و امیدوارم برای تمام زوجهاییکه جواب به درمان آنها ضعیف است و یا در روز تخمک گیری نتیجه خوبی حاصل نمی شود این معجزه رخ دهد. بله شانس یکبار در خانه آدم را می زند. برای همه شما زوجهای نابارور دعا می کنم.

اخبار علمی برگزیده



فشارهای روحی ناشی از ضربه باعث تشدید عوارض دوران بارداری می شود.

بر طبق گزارشی از نشریه زنان و مامائی شماره ۹۷ سال ۲۰۰۱، خانمهاییکه مبتلا به اختلال حاد پس ضربه و یا همان اختلال روحی به دنبال ضربه (PTSD) می باشند در خطر بالائی از انواع مختلف مشکلات باروری قرار می گیرند.

PTSD یک اختلال روانی می باشد و افرادی که تجربه حوادث تروماتیک (تکانهای روحی) مثل دلسردی و ناامیدیهای طبیعی، تجاوز جنسی، ضرب و شتم فیزیکی و تصادفات ماشین را داشته اند را بیشتر مبتلا می کند.

علائم PTSD می تواند بصورت برگشت به گذشته، بی حسی عاطفی، تحریک پذیری و اختلال تمرکزی بروز کند.

محققین اعلام کرده اند در طول زندگی ۱۹/۳٪ از خانمها PTSD رو به افزایش است. نویسندگان بر این تصور هستند که تغییرات رفتاری و شیمیایی بدن که PTSD را همراهی

شده است حال بیشترین شانس من برای باروری ۵٪ بود. برنامه انتقال برای ۲ روز بعد تنظیم شد سه روز بعد از تخمک گیری من به درمانگاه رفتم یک توده شکفت انگیز هشت سلولی را دیدم. من کاملاً شوکه شده بودم و فکر می کردم که این توده کوچک هرگز در رحم کاشته نخواهد شد. و این مسئله مرا بسیار عمگین کرد من در مورد روشهای درمان برای سیکل بعدی انتقال با پزشک خود صحبت کردم و از او سوال کردم که چگونه می توانم پاسخ به درمان را افزایش دهم ولی او در این مورد با من هیچ صحبتی نکرد (شوهرم بر این عقیده بود شانس یکبار در خانه آدم را می زند) بعضی از خانمها تا ۲۰ تخمک هم داشتند و من نمی فهمیدم که چرا من قادر نبودم که تخمک بیشتری داشته باشم به هر حال روز انتقال رسید و عمل انتقال صورت گرفت بعد از انتقال مدت نیم ساعت به همان حالت دراز کشیده باقی ماندم پس از آن به خانه برگشتم و منتظر ماندم با وسواس و دلواپسی زیادی شروع کردم به شمردن دقیقه ها، ساعتها و روزها در این فکر بودم که آیا این جنین کاشته می شود؟ آیا هنوز رشد می کند؟ واقعاً چقدر شانس وجود دارد؟ انجام آزمایش تست حاملگی خانگی را از روز ششم بعد از انتقال شروع کردم یک روز قبل از اینکه آزمایش بتا داشته باشم دردی در ناحیه رحم احساس کردم بلافاصله به پزشکم مراجعه کردم ایشان یک سونوگرافی انجام دادند و پیشنهاد کردند یک هفته بعد جهت آزمایش حاملگی مراجعه کنم. دکتر یک آمپول HCG دیگر برایم تجویز کرد دیگر من نمی توانستم از تست تشخیص حاملگی خانگی استفاده کنم.

من درد داشتم، سینه هایم متورم شده بود، سوزش معده داشتم و تمامی اوقات تمایل داشتم بخوابم.

در روز ۱۴ من یک تست حاملگی خانگی (HPT) انجام دادم که جوابش مثبت بود من به پزشکم اطلاع دادم او گفت ممکن است حامله باشی و ممکن است جواب کاذب باشد. لذا برای

باروری مرد از اثرات آن بر روی باروری زن به دلیل مدت طولانی تماس غیر مستقیم سیگار در این مطالعه مشکل است.

سؤال: اگر شوهر خانم سیگاری باشد و در خانه سیگار بکشد روی باروری خانم اثر می گذارد؟

جواب: اگر خانمی در معرض دود سیگار قرار بگیرد شانس باروری او در ۶ ماه بطور معنی داری کاهش می یابد و شانس حاملگی قبل از ۶ ماه در مقایسه با خانمهاییکه در معرض دود سیگار قرار نگرفتند ۱۷٪ بوده است.

خاطرات 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 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 نشریه ارسال میشود، منتشر نماید. تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

من ۳۵ سال دارم شوهرم ۳۷ سال. هر دو لوله رحمی من بدلیل حاملگی خارج از رحم برداشته شده است لذا تصمیم گرفتیم برای اقدام کنیم در اولین سیکل درمانی در روز تخمک گذاری تعداد ۴ تخمک گرفته شد. این مسئله مرا خیلی ناراحت کرد. بخصوص وقتی به من گفتند که تنها یک تخمک جهت بارور شدن به اندازه کافی رسیده است. ناراحتی ام دو چندان شد. چرا که تنها شانس من این بود که همان یک تخمک بارور شود بعد از تخمک گیری به خانه برگشتم و با ناراحتی و نگرانی ۲۴ ساعت گذراندم تا اینکه بعد از ۲۴ ساعت خبر گرفتم که همان تخمک بارور

اطلاق می شود که ۱۰-۸٪ از زوجها با آن مواجه هستند. درصدی از زنان به علت مشکل فیزیکی همسرشان بارور نمی شوند. باروری مردان نیز متأثر از نوع تغذیه آنها می باشد. در زیر مروری بر فاکتورهای مهم در باروری مردان خواهیم داشت.

الکل برای دستگاه تناسلی مردان یک سم بشمار می رود. نوشیدن الکل به مقدار زیاد و به مدت طولانی باعث ناباروری می شود. تحقیقات نشان میدهد که اثرات زیان بار الکل روی اسپرم قابل برگشت بوده و در صورت اجتناب از مصرف الکل پس از یک دوره مشخص فعالیت اسپرمها تا حدودی برمیگردد.

کمبود **ویتامین B₁₂** در باروری نقش بسزایی دارد. حالا چطور؟ فاکتور داخلی برای جذب ویتامین B₁₂ یک ماده ضروری است پوشش داخلی یک معده بیمار به اندازه کافی فاکتور داخلی ترشح نمی کند بنابراین جذب B₁₂ مختل شده و کمبود B₁₂ رخ میدهد که این کمبود باعث کم خونی شدید و مضر می شود احتمالاً این شرایط می تواند باعث ناباروری مردان و زنان شود.

در یک مطالعه نشان داده شده است که نازایی ناشی از کم خونی شدید با تزریق ویتامین B₁₂ برگشت پذیر بوده است. نیازی نیست که علائم بیماری یا مدرک آزمایشگاهی کمبود ویتامین B₁₂ را اثبات کند برای اینکه در میان مردان نابارور حتی آنهایی که علائم کمبود ویتامین B₁₂ را نداشتند پاسخ به درمان با مکمل های B₁₂ دیده شده است. برای مثال در یک مطالعه در ۳۷۵ مرد ناباروری که روزانه مقداری معین مکوبالامین (Mecobalamin) تزریق می کردند (یک فرم متعارف و معمولی از ویتامین B₁₂)، نشان داد که هر چند هیچگونه ارزیابی برای بررسی کمبود ویتامین B₁₂ نشده بودند با این وجود بیش از نیمی از مردان که تعداد اسپرم آنها خیلی پائین بود به افزایش تولید اسپرم پاسخ مثبت دادند.

ویتامین C اهمیت زیادی در باروری دارد. دانشمندان در سالهای اخیر، از

مثل دیابت حاملگی و پراکلامپسی (فشار خون بالای حاملگی) در میان دو گروه به یک میزان رخ داده بود. بر اساس نتیجه گیری مؤلفین خانمهای حامله با PTSD ممکن است در خطر بالای این عوارض مامائی قرار بگیرند. بنابراین بررسی و درمان PTSD تشخیص داده نشده ممکن است برای خانمهاییکه این مشکلات



مامائی را دارند مفید فایده باشد. با وجودیکه برای اثبات این مسئله و تایید این یافته ها تحقیقات بیشتری نیاز است ولی محققین پیشنهاد می کنند که درمان PTSD قبل از حاملگی می تواند به ممانعت از عوارض دوران بارداری و زایمان منتهی شود.

دانستنی های باروری



تغذیه صحیح باروری مردان را افزایش می دهد.

ناباروری به شکست در باروری بعد از یکسال نزدیکی بدون جلوگیری

می کند روی زایمان اثر می گذارد. دکتر جولیا و همکارانش از دانشگاه میشیگان در Ann Arbor با استفاده از پرونده های پزشکی دانشگاه، نتایج مامائی را در خانمهای با سابقه PTSD و بدون سابقه PTSD مورد مقایسه قرار دادند. شیوع PTSD در بیش از ۵۲۶۰۰۰ نفر از افراد مراجعه کننده، ۰/۴٪ بود البته مؤلفین تصور

می کنند که این نتیجه از نتایج گزارش شده کمتر می باشد. تقریباً ۱۹٪ از خانمهایی که PTSD داشتند در برنامه ناتوانی بودند در حالیکه فقط ۱/۶٪ از خانمهاییکه PTSD نداشتند در این برنامه قرار گرفتند.

این گزارش نشان داده است که احتمال بستری شدن خانمهای مبتلا به PTSD در بیمارستان بدلیل سقط و استفراغهای شدید نسبت به سایر خانمها به طور معنی داری بیشتر بود.

از طرف دیگر PTSD بطور معنی داری با حاملگی خارج رحمی، انقباضات زودرس و رشد زیاد جنین در ارتباط بود. با توجه به نتایج حاصل، عوارض حاملگی که تصور می شود با PTSD ارتباط ندارد.

اطلاعات دارویی



پروژسترون

پروژسترون دارویی است که در ایران بصورت آمپول تزریقی ۵۰-۲۵ میلی گرم در میلی لیتر و شیاف ۴۰۰ میلی گرم با نام Cyclogest یافت می شود. همانطور که می دانیم پروژسترون هورمونی است که توسط تخمدان سنتز و ترشح می شود و همچنین از غدد فوق کلیوی و جفت ترشح می شود. اساس بیولوژی عملکرد پروژسترون روی اندامهای جنسی و غدد سینه می باشد. اثر اختصاصی آن روی اندومتر رحم می باشد که آن را جهت پذیرش و رشد جنین آماده می کند از طرف دیگر سبب کاهش تحریکات انقباضی رحم و عضلات لوله رحم می شود و اثر تحریکی روی رشد سلولهای اپی تلیوم و سینوسهای غدد سینه دارد. داروی پروژسترون معمولاً در تهدید به سقط، خونریزی های غیر طبیعی رحمی، آمنوره، دیسمنوره (درد قاعدگی) هیپوپلازی رحم (کاهش تعداد سلولهای رحمی)، و ناباروری دلیل عدم سیکل تخمک گذاری همراه با استروژن یا بصورت یک عامل داخل رحمی جهت کنترل بارداری استفاده می شود.

در مورد مصرف پروژسترون نکات مهمی وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد.

این دارو حتماً طبق دستور پزشک مصرف شود.

در مدت مصرف این دارو از در معرض قرار گرفتن در نور خورشید به مدت طولانی پرهیز کنید و اگر به دلایلی مجبورید در نور آفتاب قرار گیرید از کرمهای ضد آفتاب و لباسهای محافظتی استفاده کنید.

این دارو را در دمای ۳۰-۱۵ درجه سانتی گراد نگهداری نمایید.

از مصرف داروی تاریخ گذشته به شدت اجتناب کنید.

تستوسترون در صورت کم بودن تستوسترون پلاسمای، جراحی واریکوسل (اتساع غیر طبیعی ورید طناب اسپرماتیک)، و مصرف روی شانس موفقیت بیمار را افزایش می دهد.

در مطالعات بعدی، روی گروهی از مردان نابارور که روی دریافت کردند مشخص شد آنهایی که قبلاً واریکوسلکتومی شده اند، با دریافت روی بطور قابل توجهی افزایش تعداد و تحرک اسپرم داشته اند. به عبارت دیگر اسپرم افزایش خواهد یافت مگر اینکه مردان نابارور هم جراحی و هم دوز تکمیلی روی را دریافت کرده باشند.

L-Arginine یک ماده اولیه برای سنتز پروتئینها است که مقدار مناسب و کافی آن برای نرمال بودن تعداد اسپرم لازم می باشد. همچنین ماده **L-Arginine** یک فاکتور مهم برای تحرک اسپرم می باشد. که برای ساختن پلی آمینها و اکسید نیتریک لازم می باشد.

پلی آمینهای پوترسین و اسپرمیدین جزء ساختمانی مهمی برای تحرک اسپرم می باشد. اکسید نیتریک که در اسپرماتوزئید وجود دارد به نظر می رسد برای حرکت اسپرم لازم می باشد.

در حقیقت به نظر می رسد که تراواسپرمیا (Teratospermia) (اسپرم غیر طبیعی) گاهی اوقات بدلیل غیر عادی بودن متابولیسم آرژنین ایجاد می شود.

مصرف ۹ گرم آسپارات آرژنین در روز، در موارد Asthenospermia (کاهش تحرک اسپرم) مؤثر خواهد بود. همچنین مصرف ۴ گرم ال، آرژنین (L-Aginine) در روز، افزایش تعداد اسپرم را در مردانی که دچار الیگواسپرمی هستند نشان داده است.

بنابراین با یک مداخله ساده و تغذیه سالم و ارزان قیمت اغلب می توان زوجهای نابارور را به والدین مغرور تبدیل نمود. بنابراین بهتر است این موارد بطور روتین در تمام برنامه های درمان ناباروری در نظر گرفته شود.

اثرات تخریبی رادیکالهای آزاد آگاه شدند و به این نتیجه رسیدند که این رادیکالها باعث توسعه بیماریها می شوند. ویتامین C از اسپرمها در مقابل آسیبهای زیانبار رادیکالهای آزاد محافظت می نماید چندین مطالعه نشان داده است که ویتامین C نه تنها باعث افزایش تعداد اسپرم می شود بلکه باعث افزایش سلامت و حرکت اسپرم نیز خواهد شد.

اثرات ویتامین درمانی به تغییراتی که در آزمایشگاه دیده میشود محدود نمی شود در یک مطالعه بر روی ۳۰ مرد بارور که از هر جهت سالم بودند به میزان یک گرم در روز ویتامین C داده شد بعد از دو ماه تمام خانمهای آنها بارور شدند با توجه به اینکه هیچ کدام از خانمهای مردانیکه داروی بی اثر مصرف کرده بودند حامله نشدند.

روی (Zinc) از جمله مواد معدنی مهمی است که در باروری نقش بسزایی را دارد.

میزان روی در پلاسمای منی (مایعی که اسپرم در آن غوطه ور است) ارتباط مستقیمی با تحریک اسپرم دارد. محدودیت و کمبود روی هم تعداد اسپرم و هم حجم پلاسمای منی را کاهش میدهد اگر چه میزان روی در مایع منی مردان نابارور با آزواسپرمی (عدم حضور اسپرم) مانند مردان نابارور با الیگواسپرمی (تعداد کم اسپرم) ممکن است به همان میزان کاهش یافته باشد.

مطالعات آزمایشگاهی نشان داده است که روی در درمان ناباروری موثر است.

بررسی بر روی ۱۴ مرد نابارور نشان داده است که پایین بودن بدون علت تعداد اسپرم (پائینتر از ۴۰ میلیون در میلی لیتر) را میتوان با تجویز روزانه ۲۲۰ میلی گرم سولفات روی جبران کرد به طوریکه در این مطالعه بعد از چهار ماه به طور معنی داری تعداد اسپرم افزایش یافت و اسپرماتوزئید متحرک و نرمال رشد کرد و همسران دو نفر از این مردان باردار شدند.

نتایج حاصل از دیگر مطالعات بعمل آمده نشان میدهد که درمان با

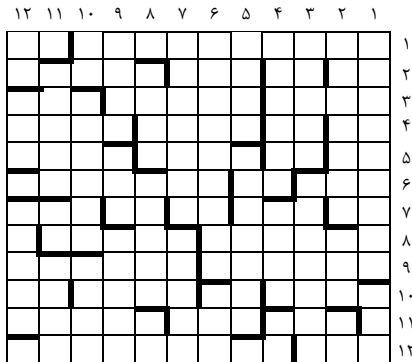
وراثتی - مردانگی ۱۱ - از پیامبران
بنی اسرائیل - نام کوچک نویسنده
فرانسوی کتاب قراردادهای اجتماعی
۱۲ - مزه دهان جمع کن - فانوس
دریایی - عصب تنفسی

جدول



افقی

۱- افزایش تعداد سلولها- حیوان
با وفا ۲- سردسته اعداد - از
گرفتگی ها - خالی از هوا- گیاه
رنگرزی ۳- بیم و ترس - کشوری
در آسیا - عمق ۴- تکرار یک حرف



از مصرف خودسرانه آن اجتناب
کنید. در مدت مصرف این دارو از
مصرف زیاد نمک خودداری کنید
در صورت بروز علائم زیر دارو را
قطع کرده پزشک خود را به سرعت
در جریان بگذارید:

سردرد، استفراغ ناگهانی و شدید،
سرگیجه، غش یا از حال رفتگی،
بی حسی در دست و پا، درد در
عضلات ساق پا همراه با تورم و
گرمی و قرمزی، درد حاد سینه،
بروز حاملگی.

عوارض جانبی که نیاز به قطع دارو
نیست ولی باید پزشک را در جریان
بگذارید عبارت است از: تهوع،
استفراغ، اسهال، سردرد خفیف،
کاهش میل جنسی، آلومینوری
(دفع آلومین از ادرار).

مصرف پروژسترون در موارد زیر
منوع است:

حساسیت مفرط به دارو، سرطان
سینه، مصرف بعنوان تست
حاملگی، اختلال یا بیماری شدید
کبدی و کلیوی، خونریزیهای
واژینال تشخیص داده نشده،
سابقه سکنه مغزی یا سقط جنین،
در طی دوران قاعدگی و بعد از
هفته ۳۷ حاملگی و در بیماران
روانی و عصبی.

داروهای آمپی سیلین، باریتوراتها،
کاربامازپین، فنی توئین ریفامپیسین
اثرات پروژسترون را کاهش می دهد.
در صورتیکه این داروها را مصرف
می کنید حتماً پزشک خود را در
جریان بگذارید. باید توجه داشته
باشید اثرات داروهای ضد دیابتی
سولفونیل اوره در صورت مصرف
همزمان با این دارو کاهش می یابد.
پروژسترون اثرات داروهای منقبض
کننده رحم و استروئیدهای آنابولیک
و هورمون گنادوتروپین ترشح شده
از لوب قدامی هیپوفیز را کاهش
می دهد.



به قید قرعه انتخاب خواهد شد.
جایزه جدول
اشتراک یک سال خبرنامه پیام
باروری و ناباروری به
طوررایگان
(حل جدول قبل)

۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
م	ا	ن	ی	د	پ	ر	س	و			
و	ا	و	ا	و	ا	و	ا	و			
ا	ی	ن	گ	ی	ن	ا	ل	ر			
ن	ا	ز	ا	ی	ی	د	ا	د	ا		
ی	ر	ز	ب	ی	د	ن	و				
ن	ا	ب	ک	ا	ر	ت	د	ا			
ن	م	و	ت	گ	پ	ب					
ک	ه	ش	ا	ن	ک	ر	و	ی	د		
ا	پ	ی	ا	ی	د	ی	د	ن	ی		
ن	ر	و	ن	ا	ی	ل	ا	م			
ا	ه	ن	ک	ب	ا	م	ی	ب			
م	ر	ت	ر	و	ر	ا	ژ	ی			

- چاشنی غذا - منسوب به مدینه -
تنقیه ۵- نیمی از مرکز - علامت
بیماری - فرانسوی زبانهای مقیم
میشیگان - شوره زار ۶- ده آذری -
رها- از سلسله اساطیری ایران
باستان ۷- تکیه دادن - پدر عرب -
از اعیاد ویتنام - صدای مار -
پایتخت اوکران ۸- دریچه دولتی قلب
- نام اولین رئیس سازمان برنامه و
بودجه ۹- دوست و همراه - نوعی
دیگ - سندرم ناشی از نقص بافت
همبند ۱۰- فرومایه - مغز - رقت
قلب - عامل فساد ۱۱- مورچه -
شرکت نفتی بین المللی - مدلی در
هوندا ۱۲- سنت - چند انگشتی

عمودی

۱- کمبود پتاسیم - خودخواهی
۲- در سر اسپرم بجوئید - اسب
چاپار - خاک سرخ ۳- ضد رطوبت
- همان سدیم است ۴- داروی بی اثر
- شهری در آلمان ۵- پر واژگون -
ماسک حاملگی ۶- در ردیف افقی
بجوئید - پست و فرومایه ۷- التهاب
حنجره - گلابی ۸- رودی در آلمان -
پسوند شباهت - آشکار شدن
۹- آبله مرغان بزرگان - کردار -
جوهر مورچه ۱۰- واحد پول ژاپن -

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:
دکتر محمد رضا صادقی، دکتر سهیلا
عارفی، دکتر معرفت غفاری، شمیسه
اسکندری
همکاران اجرایی:
ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده،
مریم سلیمی

طراحی روی جلد:
پیمان احسانی راد
این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر،
پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می نماید.
علاقتمندان می توانند نقطه نظرات خود را به
نشانی زیر ارسال نمایند.
تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه
شهید بهشتی، انتهای بلوار
صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵
تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱
۴-۲۴۱۸۷۴۱
فکس: ۲۴۰۳۶۴۱
E-mial: Journals@arc.sbu.ac.ir