

پیام بارور و مابارور

۲۳

قیمت: ۱۰ تومان

سال دوم - خردادماه ۱۳۸۰



- سرفاله:
آنتی‌بادیهای ضد سپرم و ناباروری
- سری در دنیای علم:
نقطهٔ چیت (۲)
- پاسخ پرسشهای شما
- خاطرات باروری
- اخبار علمی برگزیده:
صرف کوبین در دوران بارداری و حافظهٔ کودکان
- دانسیهای باروری:
فایدهٔ جنسی در دوران حاملگی
- اطلاعات دارویی:
مستورین
- جدول:

EB

پژوهشگاه ابن سینا

مرکز پژوهشی بیولوژی و تکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی

باشد، بوسیله تجویز داروهای توسط پزشک، امکان کاهش میزان آنتی اسپرم آنتی بادی وجود خواهد داشت. در صورتی که درمان دارویی برای دستیابی به باروری طبیعی مؤثر نباشد، انجام روندهای درمانی لقاح خارج رحمی ضرورت می یابد.

سیری در دنیای علم



سقط مکرر چیست؟ (۲)

خانم دکتر سهیلا عارفی

عضو هیأت علمی گروه غدد و تولید مثل، پژوهشگاه ابن سینا در شماره قبل ضمن تعریف سقط مکرر به بیان علل آن از جمله سن مادر، سابقه ناباروری، سقط تصادفی و علل ژنتیکی پرداختیم. حال در این شماره به بیان سایر علل می پردازیم.

۵- فاکتورهای محیطی

مصرف سیگار (پیوسته با تعداد زیاد)، الکل و قهوه به مقدار زیاد و استنشاق گازهای بیهوشی باعث افزایش سقط عاداتی می شود. ورزش باعث افزایش شیوع سقط مکرر نمی شود. از طرف دیگر استراحت نیز باعث کاهش احتمال بروز آن نخواهد شد. بیماریهای مادر از جمله بیماریهای قلبی، کلیوی، روماتولوژی و خونی نیز می تواند

سموم محیطی بخصوص مسمومیت با فلزات سنگین و حلالهای شیمیایی، همچنین مصرف داروهای ضد پروژسترون و ضد سرطان و نیز قرار گرفتن در معرض تشعشع به عنوان عوامل مؤثر در سقط شناخته شده اند.

باعث سقطهای مکرر شود. مصرف داروهای مانند ارفارین، والپوریک اسید، تریمتادیون، فنی توفین و اکوتان (ایزوتریتینون) با سقط خودبخودی و مکرر همراه خواهد بود. سموم محیطی بخصوص مسمومیت با

از دسترسی سیستم ایمنی در بیضه تداوم می یابد. و این در حالیست که سیستم ایمنی بدن تحریک شده و آنتی بادیهای ضد اسپرم در خون و دیگر مایعات بدن نظیر ترشحات پروستات و زیکول سمینال و به طور کلی مایع منی وجود دارد. در زمان انزال، سلولهای اسپرم با ترشحات پروستات و زیکول سمینال مخلوط شده و در این زمان آنتی بادیهای ضد اسپرم موجود در این مایعات به اسپرم متصل شده و با مکانیزمهای خاص مانع عمل باروری تخمک می شوند در این موارد حتی انجام عمل لقاح خارج رحمی (IVF) نیز کمکی به برگرداندن مجدد قدرت باروری اسپرمهای متصل به آنتی بادیها نمی نماید. برخی از این آنتی بادیها با اتصال به دم اسپرم مانع حرکت اسپرم می شوند در حالیکه برخی دیگر از این آنتی بادیها با اتصال به سر اسپرم مانع از اتصال اسپرم به

بررسی حضور این آنتی بادیهای ضد اسپرم در ناباروری بسیار با اهمیت است، بویژه این که در حال حاضر این بررسی با انجام یک آزمایش ساده در آزمایشگاه مقدور می باشد.

تخمک می گردند. این در حالیست که برای اتصال اسپرم به تخمک حرکت مناسب اسپرم از ضروریات عمل لقاح و باروری تخمک می باشد.

با توجه به موارد فوق، بررسی حضور این آنتی بادیهای ضد اسپرم در ناباروری بسیار با اهمیت است، بویژه این که در حال حاضر این بررسی با انجام یک آزمایش ساده در آزمایشگاه مقدور می باشد. هر چند حضور و وجود آنتی اسپرم آنتی بادی، بمنزله عدم قدرت باروری اسپرم نمی باشد. زمانی که درصد اسپرمهای حاوی آنتی بادی ضد اسپرم پائین باشد، امکان انجام باروری طبیعی وجود دارد. در حالیکه، وقتی درصد اسپرمهای متصل به آنتی اسپرم آنتی بادی زیاد

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



نقش آنتی بادیهای ضد اسپرم در ناباروری

دکتر محمد مهدی آخوندی
رئیس پژوهشگاه ابن سینا

اسپرم انسان و دیگر پستانداران در لوله های سمینی فرس) تولید میشود. اسپرم در روند تولید و تکامل توسط سلولهای بنام سلولهای سرتولی در میان گرفته شده است. سلولهای سرتولی با اتصالات محکمی بهم متصل بوده و وظیفه عبور و انتقال مواد غذایی را عهده دار می باشند. این سلولها با ایجاد یک لایه محافظ، سد را در مقابل عبور سلولهای خونی و برخی محتویات و ماکرومولکولهای آن ایجاد می نمایند. که تحت عنوان سد خونی بیضه نامیده می شود. این سد موجب رشد و تکامل سلولهای اسپرم بدور از تماس با محتویات و سلولهای خونی می شود. لذا اسپرم از دسترس سلولهای ایمنی محفوظ بوده، در نتیجه مشخصه های آنها برای سیستم ایمنی ناشناخته می باشند. ولی بمجرد اینکه اسپرم در معرض سیستم ایمنی بدن قرار گرفت. اسپرم همانند یک میکروب، یا ویروس، بمنزله یک جسم خارجی تلقی شده و سیستم ایمنی در مقابل آن فعال شده و آنتی بادیهای را تولید مینماید. معمولاً این معضل بوسیله عفونت، ضربه، اعمال جراحی و یا در بسیاری موارد بدلائل ناشناخته ایجاد میشود. بنابراین اگر بهر دلیلی و حتی برای یک بار سد خونی شکسته شود و اسپرم در داخل بدن در مجاورت سلولهای خونی قرار گیرد. آنتی بادیهای در مقابل اسپرم تولید شده و به داخل جریان خون آزاد می شود. پس از بازسازی مجدد سد خونی، تولید اسپرم بهمان وضعیت طبیعی و دور

فلزات سنگین و حلالهای شیمیایی، همچنین مصرف داروهای ضد پروژسترون و ضد سرطان و نیز قرار گرفتن در معرض تشعشع نیز به عنوان عوامل مؤثر در سقط شناخته شده اند. کاهش اسیدفولیک و افزایش سیستین در خون نیز از عوامل

بیماری تخمدان پلی کیستیک با علائمی مانند چاقی، اختلالات قاعدگی، جوشهای صورت، پوست چرب، رشد موهای زائد، ناباروری و اختلالات متعدد هورمونی و بیوشیمیایی بروز می کند.

شناخته شده می باشند. بدیهی است با قطع مصرف سیگار، الکل، قهوه، داروها، حذف عوامل محیطی مؤثر و درمان بیماریهای مادرزادی می توان به کاهش بروز سقط خود به خودی و مکرر امیدوار بود.

۶- اختلالات غده درون ریز (هورمونی)
۲۰ تا ۲۵ درصد از سقط های

مکرر به دنبال اختلالات هورمونی و غده درون ریز رخ می دهد. بیماریهای غددی در صورتی که تحت کنترل باشند مشکلی را ایجاد نخواهند کرد. ولی بیماری تیروئید دارای علائم بالینی و دیابت کنترل نشده می تواند عامل سقط مکرر باشد. در هر صورت بررسی فرد از نظر بیماریهای تیروئید و دیابت اولین قدم ضروری خواهد بود. امروزه ارتباط بین بیماری PCO (تخمدان پلی کیستیک) و سقط مکرر ثابت شده است. بیماری تخمدان پلی کیستیک با علائمی مانند چاقی، اختلالات قاعدگی، جوشهای صورت، پوست چرب، رشد موهای زائد، ناباروری و اختلالات متعدد هورمونی و بیوشیمیایی بروز می کند. اندازه تخمدانهای این بیماران در سونوگرافی معمولاً بزرگتر از حد عادی بوده و در حاشیه تخمدانها کیستهای متعدد و ریزی مشاهده می شود. بنابراین بر پایه علائم کلینیکی بررسی هورمونی و سونوگرافی برای تشخیص PCO اهمیت خواهد داشت. افزایش هورمون پرولاکتین نیز با افزایش

بروز سقط عادتاً همراه خواهد بود. این هورمون در طی حاملگی و زمان شیردهی افزایش یافته و از هورمونهای اصلی مورد نیاز برای رشد و آماده سازی نسج پستان و در نتیجه برقراری شیر می باشد. در صورتی که به هر دلیلی در زمانی غیر از موارد فوق هورمون پرولاکتین افزایش یابد غیر طبیعی بوده و باید تحت بررسی قرار گیرد. افزایش این هورمون باعث عدم تخمک گذاری، اختلالات قاعدگی و سقط میشود. بنابراین بررسی هورمونی و درمان در این موارد ضروری خواهد بود

۷- اختلالات ساختمانی رحم و

دهانه رحم

ناهنجاریهای رحمی و دهانه رحم می توانند باعث ایجاد سقط مکرر شوند. شایعترین ناهنجاری ساختمانی در رحم که باعث بروز سقط مکرر می شود وجود دیواره در داخل رحم است، در واقع به علت کاهش حجم رحم و کاهش میزان خونرسانی دیواره (در صورتی که لانه گزینی روی دیواره صورت بگیرد) سقط اتفاق خواهد افتاد. در هر صورت ناهنجاریهای دیگر مانند رحم دوشاخ، یکشاخ و رحم دوتایی از دلایل دیگر سقط مکرر بشمار می رود. همچنین در صورت نارسائی دهانه رحم و یا اختلال ساختمانی دهانه رحم، سقط مکرر اتفاق خواهد افتاد.

در صورت وجود اختلالات ساختمانی رحم و دهانه رحم سقط معمولاً در نیمه دوم حاملگی اتفاق می افتد، البته این مسئله همیشگی نیست. در این موارد تشخیص با عکس رنگی از رحم (هیستروسالپینوگرافی)، سونوگرافی واژینال با و یا بدون تزریق سالین، MRI و روشهای اندوسکوپیک (هیستروسکوپ و لاپاراسکوپ) صورت می گیرد. از عواملی که شیوع کمتری دارد چسبندگیهای داخل رحم یا سندرم آشرمن می باشد که به علت کورتاژ خشن و یا عفونت رحمی شدید ایجاد می شود در این مورد شرح حال و پس از آن هیستروسالپینوگرافی و

هیستروسکوپ به تشخیص کمک خواهد کرد.

۸- دلایل عفونی:

شیوع عوامل عفونی در بروز سقط مکرر بسیار کم و در حد ۱٪ تا ۵٪ گزارش شده است.

اگر چه یک عامل عفونی مشخص به عنوان عامل سقط مکرر شناسایی نشده است. ولی همراهی بعضی عوامل عفونی با سقط مکرر دیده شده است. این عوامل شامل اروپلاسما، توکسوپلاسما، ویروس سرخچه، تبخال (هرپس)، سیتومگالو ویروس، مایکوپلاسما، کوکساکسی و لسیتیریا می باشد. اما هیچکدام به عنوان علت قطعی سقط مکرر ثابت نشده است. در هر صورت به جای کشتهای مکرر یکدوره درمان با داکسی سیکلین و یا اریترومايسين موجب صرفه جویی در وقت و هزینه خواهد بود.

۹- دلایل ایمنولوژیک

بر اساس مطالعات مختلف دلایل ایمنولوژیک ۲۰٪ تا ۶۰٪ موارد سقط مکرر را تشکیل می دهند. در بعضی موارد سقط مکرر، یک پاسخ غیرطبیعی سیستم ایمنی بدن نسبت به بافت های خودی بوده و تولید آنتی بادیهای را تحریک می کند که علیه سلولهای خودی واکنش نشان می دهند. آنتی بادیهای ضد فسفولیپید (ضد کاردیولیپین و آنتی کواگولانت) از این نوع آنتی بادیها هستند. این آنتی بادیها با

گاهی آنتی بادی علیه اسپرم وجود دارد که همراه آنتی بادی های دیگر می تواند باعث سقط شود این بیماران در طی روندهای IVF, IUI, GIFT, ZIFT به طور متناوب شکست را تجربه خواهند کرد.

واکنش علیه بافت جداره عروق و همچنین با واکنش علیه فاکتورهای مؤثر در انعقاد خون باعث علائمی می شود که یکی از این علائم سقط مکرر است. در واقع این آنتی بادیها باعث ایجاد لخته های داخل عروق، انقباض عروق، سقط مکرر،

آنتی بادی های دیگر باعث سقط شود این بیماران در طی پروسه های IVF, IUI, GIFT, ZIFT به طور متناوب شکست را تجربه خواهند کرد.

۵. عدم تعادل در تعداد و عملکرد سلولهای سفید خون باعث اشکال در لانه گزینی خواهد شد. این اختلالات باعث آسیب به سلولهای جفتی، مخاط رحم، کیسه زرده، و در مراحل بعد باعث آهسته شدن ضربانات قلب، ایجاد بی نظمی در ساک حاملگی و کاهش حجم مایع آمنیوتیک می شود، این اختلالات باعث خونریزی زیر جفتی، لکه بینی و خونریزی شده همچنین باعث اشکال در تقسیم سلولی و ایجاد جنین با کیفیت پایین می شود. با توجه به اهمیت و شیوع فاکتور ایمنی در سقط مکرر، تست های تشخیصی فراوانی برای آن پیشنهاد شده است. در صورت حاملگی این بیماران ممکن است در معرض عوارضی مانند کاهش رشد جنین، فشار خون حاملگی و مرگ جنین قرار گیرند. با تشخیص به موقع علل ایمنولوژیک و درمان مناسب آن حدود ۷۵٪ از این بیماران قادر خواهند بود پس از یک حاملگی کنترل شده صاحب فرزند شوند.

در مورد شانس داشتن بچه زنده باید گفت درمان در مواردی که علت سقط مکرر اختلال هورمونی و یا ناهنجاریهای ساختمانی رحم باشد شانس داشتن بچه نرمال و زنده بسیار بالا می باشد. اما در مورد فاکتورهای ژنتیک تنها ۲۲٪ انتظار تولد بچه زنده و نرمال دارد بدین ترتیب در مواردی که سقط مکرر به علت فاکتور ایمنی صورت گیرد با درمان در ۷۵ تا ۸۳ درصد

که از مولکولهای مهم در غشاء سلول می باشد. تولید این آنتی بادی ها به دنبال مواردی چون سقطهای مکرر، شکست در IVF،

عقب ماندگی رشد جنین و نهایتاً مرگ جنین خواهد شد. نحوه اثر این آنتی بادیها بدین صورت است که باعث ضایعات عروقی در بدن، از



اندومتریوز و یا هر عاملی با ضایعات بافتی تولید میشود. همچنین در بسیاری از بیماریهای ایمنی مانند لوپوس، آنتی بادی بر علیه عوامل انعقاد خون ایجاد شده که باعث ایجاد لخته در عروق خونی میشود. این آنتی بادیها به نام آنتی بادی ضد انعقاد لوپوسی نامیده می شود. ۲۲٪ از بیماران مبتلا به سقط مکرر آنتی بادی ضد فسفولیپید دارند و شیوع آن در این بیماران با هر سقط ۱۵٪ بیشتر می شود. مرگ سلولی و ضایعات سلولی می تواند باعث ایجاد یک یا چند نوع آنتی بادی ضد فسفولیپید شود این آنتی بادی ها علاوه بر اشکال در اعمال سلولی، ایجاد لخته خون در جفت از تبدیل سلولهای سیتوتروفو بلاست به سن سیتوتروفو بلاست (ضروری برای تشکیل جفت و تغذیه جنین) جلوگیری میکند.

۳. در میان حدود ۲۲٪ از بیماران، آنتی بادی علیه اجزاء هسته سلول یافت می شود. که این آنتی بادی ها در زمان لانه گزینی باعث التهاب در جفت و جنین و در نتیجه باعث دفع جنین می شود. در بعضی بیماریهای ایمنی مانند لوپوس و آرتریت روما توئید نیز این آنتی بادی ها مشاهده شده و با همین مکانیزم باعث سقط می شوند

۴. گاهی آنتی بادی علیه اسپرم وجود دارد که می تواند همراه

جمله عروق جفت شده، در نتیجه موجب اشکال در خونرسانی جفت می شود. در واقع سیستم ایمنی بدن می تواند با درگیر کردن سلولها و مولکولهای سیستم ایمنی، با مکانیزمهای متعدد و بسیار پیچیده باعث دفع و سقط جنین گردد. متأسفانه تعدادی از زوجها از نظر سیستم آنتی ژنی روی گلبولهای سفید زن و شوهر بسیار شبیه هم می باشند، در نتیجه نوزادان حاصل از این زوجها از طرف سیستم ایمنی مادربه عنوان عامل خارجی شناسائی شده، در نتیجه جنین دفع می شود. خانمهای مبتلا به سقط مکرر معمولاً در طیف سنی ۴۰-۳۶ سال قرار دارند و ۶-۲ بار سقط را تجربه کرده اند. به طور کلی ۵ نوع اختلال ایمنی که باعث سقط مکرر می شوند عبارتند از:

۱. شبیه بودن آنتی ژنهای مخصوص شناسائی سیستم ایمنی در مادر و پدر که در گلبولهای سفید آنها واقع شده است. شبیه بودن این آنتی ژنها باعث کاهش آنتی بادیهای بلوک کننده آنتی ژنها شده و از ایجاد جفت طبیعی جلوگیری می کند. در واقع این روند با کاهش رشد و تقسیم سلولهای جفتی و مرگ سلولی و باعث فعال شدن سیستم ایمنی شده در نتیجه دفع و سقط جنین را به دنبال خواهد داشت.

۲. ایجاد آنتی بادی علیه فسفولیپیدها

پاسخ به پرسشهای شما



موارد انتظار تولد بچه زنده و سالم وجود دارد.

با توجه به انبوه پرسشها و نکات مبهم در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشگره این سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و

نتیجه نداشت. در عکس رنگی رحم نیز مشکلی مشاهده نشد. بعد از چند ماه به یک متخصص ناباروری مراجعه کردم. من آرزو داشتم که هر چه زودتر درمان من انجام شود خوشبختانه پزشکم مایل بود که این کار هر چه زودتر انجام شود دکتر با لاپاراسکوپی متوجه شد که من دچار فیبروم، کیست تخمدان و آندومتریوز خفیف هستم البته پزشکم معتقد بود که هیچ کدام از این موارد آنقدر جدی نیستند که سبب ناباروری من شوند.

ابتدا یک دوره درمانی کلومید مصرف کردم که سبب ایجاد افسردگی و خونریزی شدید در اوایل سیکل قاعدگی گردید در نتیجه درمان قطع شد. سپس طی دو ماه دو داروی دیگر مصرف کردم که همزمان IUI شدم ولی حاملگی صورت نگرفت. لذا برای اولین بار IVF را تجربه کردم. من مصرف داروهای لازم برای IVF را شروع کردم در روز جمع آوری تخمک ۷ تخمک جمع آوری شد که ۶ عدد آنها بارور شدند پزشکم پیشنهاد کرد که تا مرحله بلاستوسیست (۵ روز) منتظر باشم زیرا معتقد بود که موفقیت انتقال بلاستوسیست بیشتر است و این مرکز تنها مرکز درمانی بود که جنین در روز پنجم منتقل می شد اغلب مراکز کشور جنین را در روز سوم به داخل رحم منتقل می کنند. بعد از ۵ روز دو جنین حیات داشتند که هر دو انتقال یافت واقعه بزرگ انجام گرفت. و من دو قلو حامله شدم در ۱۰ هفته اول حاملگی در روز یکبار تزریق پروژسترون داشتم و روزی یک قرص آسپیرین بچه مصرف می کردم. هنوز هم برای من باور این معجزه مشکل است.

دوران ناباروری برای من و شوهرم بسیار سخت گذشت در آن زمان که ما برای باروری تلاش می کردیم همیشه نگاهمان به زوجهای بود که صاحب فرزند می شدند. یکی از نتایج مثبت تلاش برای بارداری و IVF این بود که ارتباط بین من و شوهرم قوی تر شد و از طرف دیگر اعتقادمان به خداوند مورد آزمایش قرار گرفت.

موارد حتی اگر هنوز ناشناخته باقی مانده اند همراه هستند. درمان این بیماران به شدت این مشکلات بستگی دارد قبل از شروع درمان مسئله بسیار پراهمیت اطمینان از تشخیص دقیق می باشد.

درمان قابل قبول و ایده آل برای ناباروری با علت نامشخص ابتدا سه تا چهار مرتبه تحریک تخمک گذاری به همراه IUI و در صورت شکست درمان IVF می باشد که بعضی از متخصصین تکرار آنرا سه تا شش بار پیشنهاد کرده اند شانس حاملگی کمتر از سه بار ضعیف می باشد و فواید تکرار IVF بیش از ۶ بار هنوز بدرستی شناخته نشده است.

خاطرات باروری



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

۳۵ سال سن دارم و مدت چهار سال با ناباروری دست و پنجه نرم کرده‌ام زمانیکه پس از یکسال تلاش جهت بارداری نتیجه‌ای حاصل نشد به پزشک متخصص زنان و زایمان مراجعه کردم. در آزمایشات اولیه مشخص شد که سطح پرولاکتین خون من بسیار بالا است لذا من تحت درمان با داروهای کاهش دهنده پرولاکتین قرار گرفتم تا اینکه سطح پرولاکتین به حد نرمال رسید ولی با اصلاح سطح پرولاکتین نیز حاملگی صورت نگرفت سپس من چهار بار بدون تحریک دارویی IUI شدم که

بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) آمادگی پاسخگویی به سؤالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هرگونه سؤال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشگره ارسال نمائید تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در صورت تمایل در شماره‌های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

سؤال: مشکل ما را ناباوری با علت نامشخص تشخیص داده اند و من متوجه شده‌ام که این نوع ناباروری بسیار ناامید کننده است چرا که برای آن دلیل خاصی پیدا نمی شود. می‌خواهم بدانم شانس موفقیت در IVF برای افرادی که ناباروری با علت نامشخص دارند نسبت به افرادی که مثلاً مشکلات لوله ای و یا اسپرم دارند چقدر تفاوت دارد و به نظر شما یک زوج که ناباروری با علت نامشخص دارند؟ برای بچه دار شدن چند بار باید IVF را انجام دهند تا به نتیجه برسند؟

پاسخ: میزان حاملگی در افرادی که ناباروری با علت نامشخص دارند تقریباً بیش از افرادی است که مشکلات اسپرم دارند و کمتر از افرادی است که مشکلات لوله ای دارند. لازم به ذکر است که در تمام این موارد سن خانم یکی از فاکتورهای بسیار مهم می باشد معمولاً تشخیص ناباروری با علت نامشخص یک راهکاری است برای عدم توانایی ما در توضیح علمی عدم باروری، یعنی زمانیکه ما هیچ دلیل علمی و قانع کننده ای برای ناباروری پیدا نمی کنیم تشخیص ناباروری با علت نامشخص را مطرح می کنیم. امروز نسبت زوجهایی که ناباروری با علت نامشخص دارند نسبت به دهه های گذشته بسیار کاهش یافته است با پیشرفت ابزارهای تشخیصی جدید بیشتر علل ناشناخته در ناباروری قابل شناسائی شده اند. عوامل ناشناخته ناباروری در همه موارد مشابه نیستند و بعضی از آنها با مشکلات جدی تری نسبت به سایر

جنسی در دوران بارداری بر روند ادامه حاملگی تأثیری نخواهد داشت. بر اساس نظرات قلبی، فعالیت جنسی در اواخر بارداری سبب زایمان زودرس می‌گردد. تولد نوزاد نارس با افزایش مرگ و میر نوزاد و صدمات مغزی همراه می‌باشد. و تصور بر این بود که ارگاسم (اوج لذت جنسی) در خانمها سبب آزاد شدن هورمون اکسی توسین، (هورمونی که سبب انقباض دیواره رحمی می‌گردد) میشود همچنین مایع منی ترکیباتی شبیه اکسی توسین دارد و از طرف دیگر نزدیکی سبب افزایش تماس باکتریهای عامل زایمان زودرس می‌گردد.

مطالعه ای روی بیش از ۱۸۵۰ نفر از خانمهایی که در برنامه مراقبتهای پزشکی از سوآپ واژینال استفاده می‌کردند انجام گرفت و با این افراد در هفته ۲۸ حاملگی مصاحبه ای تلفنی انجام یافت. زایمان زودرس در مورد خانمهایی در نظر گرفته شد که قبل از هفته ۳۷ حاملگی زایمان نمودند و فعالیت جنسی در دوره زمانی در سن ۳۷ حاملگی تا هفته ۴۳ حاملگی تعیین شد.

در مصاحبه تلفنی در هفته ۲۸ حاملگی سؤالاتی از قبیل: دفعات نزدیکی، روش نزدیکی، ارگاسم، تاریخ آخرین نزدیکی و توصیه های پزشکی در خصوص کاهش نزدیکی پرسیده شد. محققین معتقدند که در این افراد یک گروه کوچک از خانمهایی قرار می‌گیرند که در خطر بالای زایمان زودرس هستند و به اشتباه زایمان زودرس آنها به فعالیت جنسی در این دوران ارتباط داده شده است. محققین تأثیرات باکتری را در کاهش مدت حاملگی ناچیز یافتند در میان خانمهاییکه در طول بارداری نزدیکیهای مکرر داشتند موارد کمی عفونت مشاهده گردید.

خانمها معمولاً در طول بارداری تمایل دارند که به آنها توصیه شود که فعالیت جنسی خود را محدود کنند و در اواخر حاملگی کمتر علاقه به نزدیکی از خود نشان می‌دهند. در کل این محققین معتقدند که تداوم نزدیکی در دوران بارداری میتواند

خشکبار (مثل گردو و فندق)، جگر، سویا و همچنین شیر مادر وجود دارد. این ماده واحد ساختمانی ضروری برای یک ماده شیمیایی ایجاد کننده حافظه در مغز بنام استیل کولین است و همچنین نقش مهمی در تشکیل غشاء سلولها در بدن دارد.

Zeisel بر اساس مطالعاتی که در آزمایشگاه بر روی موشهای بزرگ آزمایشگاهی (Rat) انجام داده می‌گوید: بنظر می‌رسد دوره حساسی که در آن کولین مورد نیاز است، در انسانها سه ماهه آخر حاملگی باشد.

موشهایی که در این دوره به اندازه کافی به آنها کولین داده نشده بود، بچه های آنها در دوره زندگی شان از مشکلات حافظه رنج می‌بردند و زودتر پیر شدند. در ضمن اگر به مادر در طی حاملگی کولین اضافی (سه برابر بیش از آنچه که از طریق غذا دریافت می‌کند) داده می‌شد، بچه ها با حافظه بیشتر متولد می‌شدند و این حافظه بالا در تمام طول زندگی شان ادامه داشت.

دیگر متخصصین نیز معتقدند مطالعه مذکور نشان دهنده اهمیت کولین در تکامل عملکرد مغز و سلولهای بدن می‌باشد.

دکتر Donald Mattison مدیر پزشکی March of Dimes بر این عقیده است که کولین در تمام فرآیند های بیوشیمیایی بدن نقش اساسی دارد. وی اظهار می‌دارد که این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می‌دهد که کولین هم ممکن است مثل فولات برای رشد طبیعی جنین حیاتی باشد. تا آنجا که ما می‌دانیم تغذیه قبل و هنگام حاملگی می‌تواند در ایجاد بیماریها در بالغین و در ایجاد و تکامل طبیعی کودک و نوزاد، نقش بسیار مهمی داشته باشد.

دانستنی های باروری



فعالیت جنسی در زمان حاملگی
بر اساس یک مطالعه از دانشگاه کارولینای شمالی در کپل هیل فعالیت

ما قدر فرزندانمان را خیلی بیشتر می‌دانیم چون آنها را با تلاش فراوان بدست آوردیم من هرگز فکر نمی‌کردم که زمانی حامله شوم. اما شما که برای درمان ناباروری تلاش می‌کنید هرگز امیدتان را از دست ندهید چرا که اگر من با تمام مشکلاتم حامله شدم شما هم حامله خواهید شد. من امروز مادر دو دختر زیبا هستم. طبق برنامه هفته ۲۸ حاملگی سزارین شدم و خیلی احساس خوشبختی می‌کنم چرا که دو فرزند من سالم متولد شدند. نگهداری دوقلوها مشکل تر از آن چیزی بود که تصور می‌کردم من تمام وقتم صرف نگهداری و مراقبت از آنها میشود ولی من عاشق آنها هستم و هنوز هر زمان به آنها نگاه میکنم نمی‌توانم باور کنم که مادر شدن من حقیقت دارد.

به امید پیروزی شما

اخبار علمی برگزیده



مصرف "کولین" در زمان حاملگی حافظه بچه را افزایش می‌دهد.

بر اساس یک مطالعه جدید در حیوانات، مصرف یک نوع ماده غذایی کمتر شناخته شده، بنام کولین در زمان حاملگی ممکن است نقشی حیاتی در تشکیل مغز کودک شما و عملکرد حافظه وی ایفا کند.

دکتر Steren Zeisel از بخش تغذیه دانشگاه کارولینای شمالی واقع در کپل هیل در این زمینه می‌گوید: در طی حاملگی یک دوره حساس وجود دارد که در آن، فراهم بودن این ماده غذایی باعث تغییر در ساختار و سرعت تشکیل یکی از مراکز حافظه در مغز می‌شود. در واقع این مرکز حافظه است که حافظه کوتاه و حافظه فضایی (مثلاً اینکه چطور پس از یک سفر طولانی چیزهایی مثل ماشین را در فرودگاه پیدا کنید) را در خود نگهداری می‌کند. کولین یک آمینواسید طبیعی است که در زرده تخم مرغ، شیر،

- در صورتیکه یکی از داروهای زیر را مصرف می کنید حتماً پزشک را در جریان بگذارید تا میزان مصرف متفورمین را تغییر دهد.

داروهای مسدود کننده کانال کلسیم مثل دیلتیازم، نفی دیپین، لیکاردیپین، وراپامیل، سایمتدین، دیگوکسین، فروسماید، مورفین، کلروکوئین، رانی تیدین، تریامتین، تریمتوپریم، وانکومایسین.

این داروها چنانچه همزمان با متفورمین مصرف شوند ممکن است سطح خونی متفورمین را افزایش داده و بدنبال آن کاهش قند خون و عوارض ناشی از آن بروز خواهد کرد. مشکلات پزشکی دیگری که ممکن است در مصرف متفورمین تأثیر بگذارد عبارتند از: اسیدوز خون (لاکتواسیدوز - کتواسیدوز) سوختگی شدید و از دست دادن آب بدن، اسهال شدید، تغییرات هورمونی در خانمها (در طول قاعدگی، حاملگی، بلوغ) تب بالا، عفونت شدید، جراحات

متفورمین به تنهایی یا همراه با سولفونیل اوره و یا با انسولین در مواردیکه قند خون خیلی بالاست به کاهش قند خون کمک می کند

شدید، وجود کتون در ادرار، فشارهای شدید روحی، پرکاری و کم کاری غده فوق کلیوی (کنترل نشده)، اختلالات گوارشی شدید، معده خالی، جراحی، استقرغ، اختلالات قلبی، عروقی، بیماریهای کبدی و کلیوی، پرکاری و کم کاری تیروئید، کم کاری غده هیپوفیز، ضعف جسمی و مواردیکه سبب تغییر ناگهانی قند خون می شود.

در تمام موارد بالا میزان مصرف متفورمین باید زیر نظر پزشک و کنترل دقیق قند خون تنظیم شود. در اغلب موارد پزشک ممکن است انسولین را برای مدت کوتاهی جایگزین متفورمین کند. انسولین در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس که بدون هیچ گونه پیش آگهی، تغییر سریع قند خون دارند بسیار مفید می باشد. لازم به ذکر است که قبل از

یابد پس لازم است بیمار با علائم افزایش قند خون کاملاً آشنا باشد. گاهی پزشک ممکن است بجای افزایش میزان دارو، نوع دارو را عوض کند و یا داروی خوراکی را قطع کند و انسولین تزریقی را جایگزین کند.

مصرف متفورمین به بیمارانیکه دیابت نوع یک (وابسته به انسولین) دارند کمکی نخواهد کرد. زیرا در این بیماران پانکراس قادر به تولید انسولین نمی باشد. و تنها با انسولین تزریقی می تواند قند خون آنها را کنترل کرد.

قبل از استفاده از این دارو بایستی خطرات آن در مقابل فواید درمانی آن توسط پزشک و بیمار در نظر گرفته شود لذا توجه به نکات زیر ضروری به نظر می رسد.

- اگر سابقه حساسیت به دارو یا مواد غذایی، مواد نگهدارنده و یا رنگهای خوراکی دارید پزشک را در جریان بگذارید.

- چنانچه قصد دارید حامله شوید و یا حامله شده اید حتماً به پزشک اطلاع دهید اگر چه تا بحال گزارشی درباره اثر دارو در ایجاد نواقص مادرزادی ارائه نشده است ولی در دوران بارداری نباید استفاده شود. در این موارد پزشک با رژیم غذایی مناسب و یا رژیم توأم با انسولین می تواند قند خون شما را کنترل کند. برای حفظ سلامتی خود و فرزندتان کنترل قند خون بسیار مهم است. کنترل مرتب و دقیق قند خون می تواند شانس تولد بچه با وزن زیاد نواقص مادرزادی را کاهش دهد.

- متفورمین از طریق شیر مادر به نوزاد منتقل میشود ولی دیده نشده که برای نوزاد مشکلاتی ایجاد کند.

- هر چند داروهای اساسی نباید با داروهای دیگر بطور همزمان مصرف شود ولی در بعضی موارد بر حسب نیاز دو دارو علی رغم تداخل دارویی همزمان مصرف می شود در این موارد پزشک ممکن است میزان مصرف هر دارو را تغییر داده یا اقدامات دیگری را بکار گیرد. بخاطر داشته باشید هیچ دارویی را بدون نسخه و تأیید پزشک مصرف نکنید.

یک زایمان ترم را پیش بینی کند و هیچ تأثیری در کاهش دوران بارداری نخواهد داشت.

اطلاعات دارویی



متفورمین

متفورمین از دسته داروهای است که جهت درمان دیابت ملیتوس (دیابت قندی بزرگسالان) نوع II استفاده میشود. در این نوع دیابت انسولین ایجاد شده در پانکراس قادر نخواهد بود که قند را برای استفاده سلولها وارد سلول کند و همچنین متفورمین در بیماران مبتلا به PCO همراه با کلومیفن جهت درمان ناباروری تجویز میشود. استفاده از متفورمین به تنهایی یا همراه با سولفونیل اوره و یا همراه با انسولین در مواردیکه قند خون خیلی بالاست به کاهش قند خون کمک می کند و سبب میشود که قند در مسیر اصلی خود برای تولید انرژی بکار گرفته شود.

در بسیاری از افراد می توان دیابت نوع II را با رژیم غذایی و یا رژیم غذایی همراه با ورزش کنترل کرد. برنامه ریزی صحیح و دقیق رژیم غذایی و ورزشی در دیابت نوع II حتی برای کسانیکه دارو مصرف می کنند بسیار مهم است. از طرفی مقدار مصرف متفورمین با میزان و

برای حفظ سلامتی شما و فرزندتان کنترل قند خون بسیار مهم است. کنترل مرتب و دقیق قند خون می تواند شانس تولد بچه با وزن زیاد و نواقص مادرزادی را کاهش دهد.

نوع رژیم غذایی و میزان ورزش که شخص انجام میدهد بایستی هماهنگ باشد. در صورت تغییر رژیم غذایی و برنامه ورزشی برای کنترل قند خون بایستی میزان مصرف متفورمین تنظیم شود گاهی ممکن است دوز این دارو کافی نباشد و قند خون افزایش

