

## بنام آنکه هستی از اوست

## سرمقاله



باروری طبیعی و باروری  
آزمایشگاهی  
دو راه برای حاملگی  
(۲)

دکتر محمد مهدی آخوندی

بطور کلی  $\frac{1}{3}$  از علل ناباروری را در زنان و  $\frac{1}{3}$  را در مردان و  $\frac{1}{3}$  از اینگونه علل را می‌توان در هر دو زوج جستجو نمود.

برخی از عوامل ناباروری در زنان عبارتند از:

**بیماریهای لگنی** در ارتباط با صدمات وارده به لگن خاصره، التهاب، تومور، نقایص مادرزادی و بیماریهای مزمن می‌باشد. شایعترین علت ناباروری زنان را صدمات وارده به لوله‌های فالوپ (لوله‌های رحمی) و یا انسداد آنها تشکیل می‌دهد، که موجب جلوگیری از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر می‌شود.

**بیماریهای مقاربتی** یکی از علل اصلی انسداد لوله‌ها را تشکیل می‌دهد. چسبندگی‌های پس از عمل جراحی نیز می‌تواند باعث مشکلاتی در باروری زوج شود.

**اندومتریوز** که به حضور غیرطبیعی بافت اندومتر (مخاط رحم) در خارج از حفره رحمی گفته می‌شود و از علائم آن می‌توان به درد زمان قاعدگی (گاهی شدید و پیشرونده)، درد زمان نزدیکی، لکه‌بینی قبل از قاعدگی و خونریزیهای نامرتب اشاره کرد که منجر به چسبندگی و صدمه

شایعترین علت ناباروری زنان را صدمات وارده به لوله‌های فالوپ (لوله‌های رحمی) و یا انسداد آنها تشکیل می‌دهد، که موجب جلوگیری از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر می‌شود.

به لوله‌های رحمی و تخمدانها می‌گردد.

امروزه برخی معتقدند که اندومتریوز جزئی (stage I) نقش چندانی در ناباروری ندارد و زوجهای نابارور این گروه را باید در زمره گروه ناباروری‌های ناشناخته (unexplained) قرار داد.

اخیراً نشان داده شده است که حضور حتی مقدار بسیار کم از بافت اندومتر (اندومتریوز جزئی) در حفره لگنی، باعث تأثیر منفی بر باروری می‌شود. این تأثیر بواسطه آزاد و رهاشدن عوامل سمی (Toxic) است که قدرت باروری تخمک را کاهش می‌دهد. لازم به توضیح است که تخمک برای انتقال از تخمدان به لوله‌های فالوپ از محیط داخل لگنی عبور می‌نماید.

اگر چه ممکن است که اندومتریوز جزئی هیچگونه تأثیر منفی را بر مکانیزم انتقال تخمک به لوله‌ها نداشته باشد، ولی در دسترس بودن مواد و محیط سمی حاصل از اندومتریوز، می‌تواند زمینه کاهش و یا عدم توانایی باروری تخمک را فراهم آورد. همچنین نشان داده شده است حتی اندومتریوز جزئی (stage I)

منجر به تحریک موضعی پاسخ ایمنی و آزاد و رهاسازی سلولهای ماکروفاژ و کاهش قدرت باروری در ۷۰٪ از موارد شده است. این ماکروفاژها، در داخل حفره لگنی و داخل لوله‌های فالوپ بطور سرگردان باقی‌مانده و موجب از بین رفتن تخمک، اسپرم و حتی جنین می‌شوند. البته امروزه برخی معتقدند که اندومتریوز جزئی (stage I) نقش چندانی در ناباروری ندارد و زوجهای نابارور این گروه را باید در زمره گروه ناباروری‌های ناشناخته (unexplained) قرار داد. تخمدانهای صدمه دیده نیز ممکن است در ناباروری نقش داشته باشند. گاهی اوقات علی‌رغم تولید و ترشح طبیعی

هورمونها و رشد و نمو کافی تخمک، تخمدانها توانایی آزادسازی تخمک را ندارند. در مواردی تخمک بواسطه چسبندگی تخمدان و لگن و یا ضخامت دیواره فولیکول، در تخمدان به دام افتاده و امکان آزادسازی آن مهیا نمی‌شود. گاهی اوقات تخمدانها به دلیل بیماریهای شایعی از قبیل عفونت‌های لگنی، اندومتریوز و تغییرات بافتی ناشی از عمل جراحی در وضعیت غیرطبیعی قرار می‌گیرند، بطوریکه گاهی با ایجادشدن مانع (barrier) ارتباط کامل فیمبریای لوله‌های فالوپ با سطح تخمدان قطع می‌گردد، و یا در مواردی تخمدانها به علت چسبندگی در وضعیتی غیرطبیعی قرار می‌گیرند، لذا تخمک در زمان تخمک‌گذاری در دسترس لوله‌های فالوپ قرار نمی‌گیرد. در اینگونه موارد تخمک‌ها بجای برداشت و جمع‌آوری‌شدن توسط فیمبریا، در حفره شکمی آزاد و رها شده و بطور سرگردان از بین می‌روند.

گاهی اوقات علی‌رغم تولید و ترشح طبیعی هورمونها و رشد نمو تخمک به اندازه کافی تخمدانها توانایی آزادسازی تخمک را ندارند.

آزادشدن تخمک در زمان غیرطبیعی نیز یکی از علل شایع ناباروری زنان است. برخی از زنان نابارور، بطور کلی تخمک آزاد نمی‌نمایند، در حالیکه برخی دیگر تخمک‌گذاری خیلی زودتر و یا خیلی دیرتر از موعد مقرر در سیکل قاعدگی می‌باشد و با کیفیت پائین تخمک همراه بوده که این امر سبب از دست رفتن زمان مناسب باروری می‌گردد.

زنان همچنین ممکن است بواسطه جراحی، ابتلا به بیماری و یا عفونت و صدمه به لایه اندومتر رحم نابارور شوند. این صدمات و ضایعات رحمی و همچنین حضور تومورها از قبیل تومورهای فیبروئیدی می‌تواند در روند لانه‌گزینی و رشد و

آزادشدن تخمک در زمان غیرطبیعی نیز یکی از عوامل شایع ناباروری زنان است.

## سیری در دنیای علم



### اطلاعات قابل انتقال به کودکان حاصل از لقاح خارج رحمی (۲)

زهره بهجتی اردکانی  
در شماره قبل به واقعیت‌های زندگی کودکان حاصل از والدین نابارور اشاره شد. در این شماره به شرح اطلاعات قابل انتقال و زمان مناسب انتقال این اطلاعات می‌پردازیم.

زمان مناسب انتقال اطلاعات به کودکان مشکلات زمانی ایجاد می‌گردد که موضوعی با کودک در میان گذاشته شود. عموماً والدین در پرداختن به موضوع یکی از دو راه زیر را انتخاب می‌کنند:

۱- بعلت حسن نظر و خوش‌بینی برخی والدین نسبت به کودکان، مسئله بسیار ساده و پیش پا افتاده تلقی شده و بصورت داستانی ساده و تخیلی نظیر داستان عامیانه «لک‌کها» در فیلم دامبو (Dumbo)، «که لک‌کها بچه‌های جدید را به خانواده‌ها هدیه می‌دهند»، تخیلی ذهنی برای کودکان را شکل می‌دهند.

۲- والدین تحصیلکرده مشتاقند که افرادی با وجدان و روراست باشند. آنها از نظر شناخت و درک موضوع، فرزندان خود را بیش از حد آماده پذیرش واقعیت می‌دانند و لذا سعی می‌کنند تا در اولین فرصت موضوع را با کودکان در میان بگذارند، در حالیکه ممکن است کودک منظور و مفهوم دیگری را برداشت نماید و یا بالعکس والدین متوجه برداشت دقیق و یا سؤالات او نشوند. داستان قدیمی سؤال کودکی در سن پنج تا شش سالگی از مادرش در مورد اینکه متعلق به کجاست (اهل کجاست) و برداشت غلط مادر «که سالهاست خود را برای پاسخ به این سؤال آماده نموده و به تصور اینکه منظور فرزندش از این سؤال این است چگونه بوجود آمده است»، به توضیح در مورد چگونگی تولیدمثل انسان می‌پردازد و پس از آن از فرزندش سؤال می‌کند، که آیا جوابش را در این رابطه یافته است یا خیر؟

فرزند پاسخ می‌دهد گمان می‌کنم و بلافاصله سؤال می‌کند آیا شما می‌دانی امیر دوست من اهل تبریز است؟ که ناگهان مادر به اشتباه برداشت خود پی می‌برد. بنابراین مراحل یادگیری ارائه شده توسط پیازه مشخص، ثابت و پا برجا و قابل پیشگویی است. در پروسه یادگیری ارائه شده توسط پیازه، کودکان مورد مشاهده و بررسی قرار می‌گیرند و از طریق آزمایش تئوریهای مبتنی بر تجربیات و معلومات ابتدایی آنان، اطلاعات آنها ارزیابی شده و بدنبال آن داده‌های لازم به آنها آموزش داده می‌شود، تا آن را برای آینده خود ذخیره سازند. ذهن کودکان تنها آنچه را که برای استفاده آنها مفهوم می‌گردد، در خود ذخیره می‌نماید.

وقتی ما با کودکان در مورد تولیدمثل و یا راه‌های شکل‌گیری خانواده صحبت می‌کنیم، بایستی توجه داشته باشیم تا بحث را ساده و متناسب با سن آنها بازگو نماییم.

در صورتیکه اطلاعات داده‌شده به کودکان، بسیار پیچیده و بغرنج باشد، محاسبه و ذخیره نمی‌گردد (بدین معنا که اطلاعات فراتر از سطح هوشی کودکان به آنها صدمه‌ای وارد نمی‌کند، هرچند که این اطلاعات، کمکی نیز به آنها نمی‌نماید، در بیشتر مواقع این اطلاعات از یک گوش وارد شده و از گوش دیگر خارج می‌شود).

وقتی ما با کودکان در مورد تولیدمثل و یا راه‌های شکل‌گیری خانواده صحبت می‌کنیم، بایستی توجه داشته باشیم تا بحث را ساده و متناسب با سن آنها بازگو نماییم. بویژه اگر بخواهیم در مورد مباحث پیچیده‌ای نظیر موضوع نحوه شکل‌گیری منشأ کودکان صحبت نماییم، بیان ساده موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود. در میان گذاردن موضوعات پیچیده‌ای چون منشأ شکل‌گیری یک نوزاد، فرزندخواندگی،

نمو جنین اختلال ایجاد کند. ناهنجاریهای رحمی، نقایص مربوط به اندازه و شکل رحم نیز می‌تواند منجر به مشکل ناباروری زن شود. گاهی شکل‌گیری غیرطبیعی رحم ناشی از استفاده از داروهای هورمونی بخصوصی است که مادران در دوران بارداری فرزند دخترشان مصرف نموده‌اند. مثال کلاسیک و مشخص از این‌گونه نقائص، رحم T شکل و کوچک است که بواسطه مصرف داروی Diethylstilbestrol (DES) در مدت بارداری مادر است.

برخی از موارد زنان، به علت پاسخ‌های التهابی (آلرژیک) نسبت به اسپرم همسرشان تولید آنتی بادی می‌کنند.

برخی از زنان قادر به تولید موکوس سرویکس (دهانه رحم) نیستند. موکوس سرویکس باعث زنده ماندن اسپرم در هنگام عبور از دهانه رحم می‌شود. عفونت و یا اختلال هورمونی منجر به تولید موکوس غیرمناسب دهانه رحمی می‌شود. در برخی اوقات جراحی و یا صدمات وارده به رحم نیز منجر به از بین رفتن غدد تولیدکننده موکوس سرویکس می‌شود.

برخی از موارد زنان، به علت پاسخ‌های التهابی (آلرژیک) نسبت به اسپرم همسرشان تولید آنتی بادی می‌کنند. حضور این آنتی بادی‌ها در موکوس دهانه رحم منجر به تأثیر منفی بر عملکرد اسپرم و با جلوگیری از حرکت آن، مانع از باروری تخمک می‌شود. در ادامه بحث برخی از علل ناباروری مردان ارائه خواهد شد.

ادامه دارد

عصبانیت نسبت به والدین خود در او شکل می‌گیرد، و در اینصورت احتمال بهبودی روابط تقریباً غیر ممکن می‌شود.

**بزرگترین و مهمترین سؤال در رابطه با گفتن و یا نگفتن حقایق به کودکان این است که، چرا بایستی اطلاعات از کودکان مخفی نگه داشته شود؟**

خانواده‌هایی که از طریق روشهای مختلف اهداء اسپرم، اهداء تخمک، اهداء جنین و رحم اجاره‌ای، صاحب فرزند می‌شوند، از نظر ژنتیکی، در واقع بعنوان زیر مجموعه‌ای از خانواده بزرگ فرزندپذیر محسوب می‌گردند. اگر این خانواده‌ها در ارتباط با منشأ شکل‌گیری خود اطلاعاتی به فرزندان‌شان ندهند، خسارت بزرگی را در روابط آینده خود با کودکان‌شان متقبل می‌شوند. این خسران در نهایت متوجه مخفی نگه‌داشتن حقایق از سوی والدین بوده است.

بزرگترین و مهمترین سؤال در رابطه با گفتن و یا نگفتن حقایق به کودکان این است که چرا بایستی اطلاعات از کودکان مخفی نگه داشته شود؟ غالباً مخفی‌کاری به دلیل احساس نگرانی و شرمی است که در ارتباط با موضوعی غیر اخلاقی و یا نابهنجاریهای اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، شناختی و ... شکل گرفته است. آیا واقعا در رابطه با مسیری که در انتخاب فرزند برگزیده‌اید، احساس نگرانی و شرم می‌کنید؟ اگر در انتخاب مسیر این احساس ناخوشایند بر شما غالب است، در آینده نیز تأثیر منفی در روابط شما و فرزندان‌تان خواهد گذاشت. مطمئناً انتخاب ساختار خانواده بر این اساس، روش درست و عاقلانه‌ای جهت تشکیل خانواده و انتخاب فرزند نیست. اگر قرار است گزینه‌ای را انتخاب نمایید که بعدها در مورد آن احساس شرم و حیا داشته باشید، بهتر است قبل از پیگیری و دنبال

مخفی‌کاری در روابط صمیمی خانواده اگرچه آگاهانه صورت نمی‌پذیرد، سبب ناسالم‌شدن محیط خانواده گردیده و غالباً برای نظام خانواده مضر می‌باشد. گزارشات منتشره از سراسر جهان دال بر این مطلب است، فرزند خواندگانی که از جانب والدین، دیر هنگام متوجه فرزند خواندگی خود گردیده‌اند، بیان نموده‌اند، از همان کودکی متوجه چیزهای غیر عادی و عملکردهای نادرست خانواده شده‌اند.

جامعه شناس کانادایی دیوید کرک (David Kirk)، با چندین سال مطالعه در ساختار خانواده‌های دارای فرزندخوانده، نتیجه‌گیری می‌نماید،

**مخفی‌کاری در روابط صمیمی خانواده اگرچه آگاهانه صورت نمی‌پذیرد، سبب ناسالم‌شدن محیط خانواده گردیده و غالباً برای نظام خانواده مضر می‌باشد.**

سلامتی بهتر و همدردی بیشتر و روابط مطلوبتر والدین با فرزند در میان خانواده‌هایی به چشم می‌خورد، که با کودکان خود روراست و باز بوده و براحتی موضوع فرزند خواندگی را با آنان در میان گذاشته‌اند. بایستی والدین به این نکته توجه نمایند، که اغلب حفظ مخفی‌کاریها در محیط خانواده، کاری مشکل و غیرممکن تلقی می‌گردد.

در این جهان پیشرفته از نظر تکنولوژی و ارتباطات، مخفی‌کاری در زمینه منشأ ژنتیکی خانواده، علیرغم بکارگیری بیشترین تلاشها در مخفی نمودن آن، اغلب بی‌نتیجه می‌ماند و تأثیر منفی خود را آشکار می‌نماید. غالباً روانشناسان بالینی در تحقیقات خود گزارش می‌کنند که مخفی‌کاری به عزت نفس و روابط بین افراد خانواده خسارت وارد می‌نماید. زمانی که فرزندخوانده حقایق را در مورد فرزند خواندگی خود متوجه می‌شود، که از طرف والدین، دیر هنگام و یا غلط به او منعکس شده است، غالباً احساسی از خیانت و

اهداء اسپرم، اهداء تخمک، اهداء جنین، رحم اجاره‌ای برای آن دسته از افرادی که مشکل حمل جنین را دارند و ... از جمله مواردی هستند که، اطلاعات ابتدا بایستی بسیار ساده مطرح گردد و سپس تکرار و توضیح و پرورش داده شود و در جهت بهینه‌سازی آن اطلاعات، مجدداً هر سال اطلاعات تکمیلی به آن اضافه گردد، تا بمرور زمینه درک و فهم بیشتر سؤالات پیچیده و بغرنج را برای کودکان فراهم آورد. اساس هر گفتگو را با کودکان بایستی بر بیان واقعیت پایه گذاری نمود، لذا بایستی از در میان گذاردن اطلاعات نادرست و یا هر اطلاعاتی که ممکن است در آینده، نادرستی آن آشکار گردد، جداً پرهیز کرد.

**چه اطلاعاتی را بایستی کودکان بدانند و چرا؟**

موضوعات هویتی از جمله مواردی است که تغییر نمی‌کند و بایستی دقیقاً در اختیار کودکان قرار گیرد. کودکان لازم است حقایق را در مورد فرزند خواندگی یا در مورد حاملگی والدین خود از طریق اهداء اسپرم و یا هر روش دیگر لقاح خارج رحمی بدانند و از تاریخچه پزشکی و ساختمان ژنتیکی خود مطلع گردند. کودکان بایستی بدانند که اشخاص از نظر ساختمان ژنتیکی با هم متفاوتند.

**اساس هر گفتگو را با کودکان بایستی بر بیان واقعیت پایه گذاری نمود، لذا بایستی از در میان گذاردن اطلاعات نادرست و یا هر اطلاعاتی که ممکن است در آینده نادرستی آن آشکار گردد، جداً پرهیز کرد.**

همچنین از پیامد ناشی از مکانیسم حاملگی و تولد، مشکلات مادر در نگهداری فرزند در زمان حاملگی، مشکلات پزشکی ناشی از سزارین و نه زایمان طبیعی، استفاده از هورمون جهت درمان و حفظ حاملگی یا انتقال اسپرم به رحم مادر از طریق کاتتروسوند به جای آمیزش طبیعی، آگاهی یابند.

## خاطرات باروری



پژوهشکده 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 زوج ناباروری را منتشر نماید، که برای دفتر نشریه ارسال شده است. تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها ویا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

من همیشه آرزو داشتم حداقل ۵ تا بچه داشته باشم. در سن ۲۲ سالگی ازدواج کردم و از همان ابتدای زندگی مشترک برای بچه دار شدن تلاش کردم. من دیوانه وار علاقه داشتم که حامله شوم. از آنجائیکه من جوان بودم پزشکان در مورد حامله نشدن من زیاد نگران نبودند. متأسفانه ازدواج اول من به جدائی کشید. شاید علت اصلی آن عدم سازش من با مشکل نداشتن بچه بود. در ۳۰ سالگی مجدداً ازدواج کردم. من و شوهرم بلافاصله برای بچه دار شدن تلاش خود را آغاز کردیم. از همان ابتدا من تستهای خانگی تشخیص تخمک گذاری را تهیه کردم. تا با برنامه ریزی دقیق برای بارداری تلاش کنم. ولی متأسفانه نتیجه نگرفتم. این بار پزشکان دیگر به این مسئله بی توجه نبوده و اقدامات لازم برای درمان را آغاز کردند. سن من برای بارداری کم کم داشت بالا می رفت. آزمایشات انجام شد و عکس رنگی رحم نیز گرفته شد. همه چیز طبیعی بود و هیچ دلیلی برای حامله نشدن من وجود نداشت. ماه بعد قاعدگی من به تأخیر افتاد، چندین بار آزمایش دادم. خدای من! جواب بالاخره مثبت شد. دو هفته بعد از مثبت شدن آزمایش، شروع به لکه بینی کردم. جز استراحت و انتظار کار دیگری نمی توانستم انجام بدهم. نمی دانید چقدر انتظار سخت است.

متأسفانه بارداری من یک بارداری لوله ای (بارداری خارج از رحم) تشخیص داده شد. من را تحت درمان با متوتروکستات قرار دادند. ضمن درمان، برای تقویت روحیه ام به پیشنهاد شوهرم یک مسافرت به همان شهری که برای ماه غسل رفته بودیم داشتیم و در آنجا من با مصرف متوتروکستات اجازه دادم که بچه کوچکم آرام آرام از بین برود. بعد از اینکه به منزلمان برگشتیم من یک آزمایش خون برای بررسی میزان HCG دادم. میزان آن ۳۰۰۰ واحد بود. لذا مجبور بودم دوباره درمان با متوتروکستات را شروع کنم. هنوز نتوانسته بودم بچه ام را بکشم! پزشک معالجم می گفت این تنها یک بارداری است و نه یک بچه



ولی من واقعاً می خواستم که بچه ام را نگه دارم، حتی اگر قرار باشد جان خودم به خطر بیافتم. با وجود درمان مجدد، میزان HCG من همچنان بالا بود. با لاپاروسکوپی مشخص شد که یک جنین سه ماهه در لوله چپ رحم من وجود دارد لذا مجبور به جراحی شدم. آنها نتوانستند لوله چپ من را حفظ کنند. ولی پزشکم گفت یک جراح متخصص شاید بتواند لوله راست شما را ترمیم کند. من خیلی اعصابم به هم ریخته بود و زندگی را تیره و تار می دیدیم. اطرافیانم حتی آنها که خیلی مرا دوست داشتند دیگر نمی توانستند مرا تحمل کنند. من برای ترمیم لوله رحم به یک متخصص مجرب مراجعه کردم. ولی او پس از معاینات و بررسی های اولیه گفت بهترین راه برای بچه دار شدن شما استفاده از روش IVF است و با این روش شما بدون نیاز به لوله های رحمی قادر خواهید بود بچه دار شوید. ما دوباره امیدوار شدیم. بنابراین من و شوهرم در مورد شروع درمان تصمیم گرفتیم و

نمودن مراحل درمان، پیرامون موضوع بخوبی بیندیشید و با مشاورانی در این زمینه مشورت نمایید. پایان

## پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات مبهم 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 نمایید تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در صورت تمایل در شماره های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

**سؤال:** آیا مصرف کلومیفن خطر سقط و یا ناهنجاریهای جنینی را افزایش می دهد؟ در ضمن من شنیده ام که مصرف کلومیفن احتمال چند قلوئی را افزایش می دهد. اگر چنین است این احتمال چگونه می باشد؟

**جواب:** هیچ مدرکی دال بر خطر ناهنجاریهای جنینی با مصرف کلومیفن وجود ندارد. ولی میزان سقط در خانمهایی که پس از درمان با کلومیفن حامله شده اند بیشتر می باشد. علت آن بدرستی روشن نیست ولی ممکن است به اثر کلومیفن روی تحریک ترشح LH در بیماران مبتلا به سندرم تحریک بیش از حد تخمدان ارتباط داشته باشد. به همین دلیل سه الی چهار روز بعد از قطع مصرف قرص میزان LH اندازه گیری می شود، تا اگر سطح LH خیلی بالا بود روش درمانی تغییر یابد. در مورد چند قلوئی باید گفت که احتمال دو قلوئی با مصرف کلومیفن حدود ۵٪ است. در حالیکه در بارداری طبیعی این احتمال یک مورد در هر ۸۰ بارداری می باشد. احتمال سه قلوئی و چهار قلوئی با مصرف کلومیفن بسیار نادر می باشد.

زنان یائسه و یا مردان و خانم‌هایی است که مستعد سکنه قلبی می‌باشند. دکتر مولر اظهار داشت که ممکن است این سطح پایین هورمونی به عنوان یک عامل شروع کننده سکنه قلبی و افزایش‌دهنده سطح آسیب‌پذیری قلب عمل کند. وی اضافه کرد نتایج این تحقیق ممکن است شما را به این فکر وادارد که با جایگزین نمودن هورمون‌ها بتوان از سکنه قلبی جلوگیری کرد اما این کار انجام شده و با شکست همراه بوده است. یافته‌های اخیر یک مدرک متناقض دیگر برای این تصویر گیج‌کننده است. به هر حال این مطالعه ممکن است نشانه وجود فاکتورهای نامشخص دیگری در هفته‌های بعد از دوره قاعدگی باشد که باعث محافظت در برابر سکنه قلبی می‌شود.

#### دانشنی های باروری



#### تست ساده برای تشخیص مناسبترین روز باروری

مطابق یک تحقیق منتشر شده در مجله Human Reproduction یک راه ساده برای تشخیص روز‌هایی از سیکل قاعدگی که خانم‌ها بیشترین شانس باروری را دارند توسط متخصصین باروری ایتالیائی و آمریکایی شناسایی شده است. بر اساس اطلاعات بدست آمده از آنالیز ترشحات دهانه رحم و بررسی زمان بارداری از بانک اطلاعاتی کشورهای اروپایی، متخصصین ثابت کرده‌اند که در صورت عدم وجود ترشحات مناسب و مرطوب نبودن واژن در روز نزدیکی و یا روز پیش از نزدیکی وقوع بارداری بعید به نظر می‌رسد. تنها کاری که یک خانم در رابطه با این روش بایستی انجام دهد این است که توجه کند که آیا واژن مرطوب دارد یا خیر؟ و این مرطوب بودن واژن نباید با قاعدگی، نزدیکی و بیماری ارتباطی داشته باشد. خانم‌هایی که تمایل ندارند

این بار نیز با اولین تلاش حامله شدم ولی ۶ هفته بعد دچار خونریزی شدم که بعد از معاینه و بررسی مشخص شد من دچار بارداری لوله‌ای شدم (۱٪ از بارداری‌های IVF به بارداری خارج رحمی ختم می‌شود) و... ادامه دارد

#### اخبار علمی برگزیده



#### افزایش خطر سکنه قلبی در دوره قاعدگی

بر اساس گزارشی که در شماره اول ژولای American Journal of Cardiology به چاپ رسید، در سنین قبل از یائسگی، خطر سکنه قلبی در زنان در روز‌هایی از قاعدگی که سطح هورمون‌ها پائین است از سایر روزها بیشتر می‌باشد.

دکتر James E. Muller نویسنده مقاله از بیمارستان ماساچوست بوستون گفت: در طی اولین هفته دوره قاعدگی خطر سکنه قلبی سه برابر بیش از سه هفته بعد است. دکتر مولر اضافه کرد هرچند خطر حمله قلبی در دوره قبل از یائسگی در زنان بسیار پائین است. محققین ضمن مطالعه وضعیت ۷۰۰ نفر از زنان مبتلا به سکنه قلبی دریافتند که تنها ۲۱ نفر (۳٪) هنوز یائسه نشده بودند و قاعده می‌شدند. اولین و مهمترین پیام این گزارش این است که زنانی که قاعده می‌شوند نباید نگران سکنه قلبی باشند. این تحقیق در واقع یک کلیدی می‌باشد برای اینکه در کل چه چیز موجب سکنه قلبی می‌شود؟ محققین سیکل قاعدگی و شروع علائم سکنه قلبی را مقایسه کردند تا ببینند آیا افزایش یا کاهش هورمون‌ها می‌تواند بعنوان جرقه‌ای برای شروع سکنه قلبی عمل کند. تیم دکتر مولر دریافتند که ۱۱ نفر از ۲۱ زن در هفته اول سیکل قاعدگی دچار سکنه قلبی شدند اما ۱۰ زن دیگر در ۳ هفته بعدی دچار سکنه قلبی شدند. دکتر مولر گفت: با شروع دوره قاعدگی سطح استروژن و پروژسترون ناگهان افت می‌کند. در این دوره تعادل هورمونی مشابه بدن

درمان را شروع کردیم. در روز جمع‌آوری تخمک پزشک معالجم ۱۹ تخمک از تخمدان من جمع‌آوری کرد. خدای من! من تصور این مسئله را هم نداشتم که در اولین سیکل درمان این تعداد تخمک تهیه شود. ۱۵ تخمک بارور شدند از این ۱۵ تخمک ۹ تا منجم شدند ۳ تا منتقل شدند و بقیه کیفیت خوبی نداشته و از بین رفتند. به لطف خداوند در همان سیکل اول درمان، من حامله شدم. من خیلی نگران بودم و به سرانجام بارداری‌ام زیاد فکر می‌کردم. من خیلی دوست داشتم بچه‌های زیادی داشته باشم و تصور می‌کردم هر بار که تحت درمان IVF قرار بگیرم حامله می‌شوم.

باید اعتراف کنم که من از بارداری متنفر بودم و تحمل دوران بارداری برایم سخت بود ولی عاشق بچه بودم. در ماه دوم دچار انقباضات رحمی شدم. شغل من با فعالیت فیزیکی زیادی همراه بود. لذا نتوانستم به کارم ادامه بدهم و مجبور شدم مرخصی بگیرم. من خیلی نگران بودم و احساس می‌کردم همه چیز در جهت از دست دادن بچه‌ام پیش می‌رود. سرانجام من در سن ۳۳ سالگی تولدم، صاحب یک پسر بسیار زیبا و دوست‌داشتنی شدم. مادرش در ۱۰۰۰ مرتبه لذت بخش‌تر از تصور آن است. من با داشتن پسر در اوج خوشی و لذت بودم و هنوز هم هستم.



من همیشه می‌خواستم فاصله سنی بچه‌هایم کم باشد. لذا بعد از ۲۰ ماه زیر نظر پزشک معالجم داروهای لازم را برای انتقال جنین منجمد شده (سیکل دیگر IVF) شروع کردم.

زمان برخورد با مواد تراتوژن  
در چگونگی تأثیر این مواد  
نقش بسیار مهمی دارد.

مثل: اشعه X، عفونت‌ها، اختلالات متابولیک مادر، داروها، مواد شیمیایی و عوامل محیطی تشکیل می‌دهند، که در حدود ۰/۳-۰/۲٪ تمام تولدها را شامل می‌شود. بهر حال، اغلب لازم است که مشکلات مختلفی را طی حاملگی مثل سرماخوردگی، تهوع، عفونت‌های ادراری، فشارخون، صرع، دیابت قندی و غیره را درمان کنیم. بنابراین مهم است که پزشک از احتمال ایجاد آسیب جنین در رابطه با این بیماریها و درمان هر کدام از آنها آگاهی داشته باشد. در رابطه با تراتوژن بودن مواد، ویژگی ماده و اختصاصی بودن آن، زمان، دوز (مقدار دارو)، فیزیولوژی مادر و جنین و خصوصیات ژنتیکی هر کدام نیز می‌بایست بررسی گردد. ویژگی ماده و اختصاصی بودن آن اشاره به این مطلب می‌باشد که یک ماده خاص، بالقوه در همه موارد تراتوژن نبوده برای مثال: مصرف تالیدومید در دوران حاملگی در انسان باعث ایجاد فوکوملیا (نقص اندام بصورتیکه ساعد و مچ بدون واسطه بازو به تنه وصل شود) می‌گردد. در حالیکه در جوندگان چنین اختلالی ایجاد نمی‌کند. از طرف دیگر مصرف کورتیزون در جوندگان تراتوژن می‌باشد ولی در انسان چنین اثری با مصرف آن دیده نشده است. زمان برخورد با مواد تراتوژن در چگونگی تأثیر این مواد نقش بسیار مهمی دارد. بطوریکه مصرف تالیدومید بین روزهای ۳۵ تا ۳۷ حاملگی ایجاد ناهنجاری گوش می‌کند ولی بین روزهای ۴۱ تا ۴۴ نقص اندامها بصورت فوکوملیا ایجاد می‌کند. دوز مواد نیز اهمیت خاصی دارد. در اکثریت موارد تجویز دوز کم دارو اختلال ایجاد نمی‌کند. درحالیکه در دوزهای متوسط ناهنجاری و در دوزهای بسیار بالا حتی مرگ جنین دیده می‌شود.

## اطلاعات دارویی



### مصرف داروها در طی حاملگی

(۱)

دکتر افسانه محمدزاده

درمان دارویی در حاملگی مستلزم بحث عمیق پیرامون بیماری، حالتها و رفتارهای بیماران در طول بارداری است. اولین اصل درمان یک بیمار باردار، پاسخ به این پرسش است که درمان مناسب بیماری در زن غیر حامله کدام است؟ پاسخ به این سؤال تقریباً همیشه راهنمای درمان در زن حامله است. معمولاً برای درمان بیماریها چندین انتخاب وجود دارد و به همین دلیل دومین اصل در درمان بیمار و انتخاب دارو، ارزیابی سلامت نسبی این داروها برای بیمار و جنین وی است. و ارزیابی سلامت نسبی داروها نیازمند بررسی اثرات دارو روی جنین و ایجاد آسیب‌های احتمالی در وی می‌باشد.

اولین اصل درمان یک بیمار  
باردار، پاسخ به این پرسش  
است که درمان مناسب بیماری  
در زن غیر حامله کدام است؟

تراتولوژی: تراتو به معنای هیولا می‌باشد و تراتولوژی به معنای مطالعه رشد غیرطبیعی یا نقص‌های جنین می‌باشد. اصولاً تراتوژنها به موادی گفته می‌شود که سبب نقص ساختمانی در جنین یا رویانی می‌شود که پیش از رویارویی با این مواد به طور طبیعی رشد کرده است. تا پیش از سال ۱۹۵۰ اطلاعات کمی در مورد تراتوژنها وجود داشت و در آن زمان اعتقاد بر این بوده که اکثر ناهنجاریها ریشه در ژنتیک دارند. در ایالات متحده ۲-۳٪ نوزادان با نقایص مادرزادی، متولد می‌گردند که تقریباً ۲۰٪ مرگ و میر نوزادان، در این کشور می‌باشد. تقریباً ۱۰٪ نقایص هنگام تولد را علل خارجی

بچه‌دارشوند باید از نزدیکی بدون وسایل جلوگیری خودداری کنند، مگر مواقعی که مطمئن شوند که بمدت ۲ روز هیچگونه رطوبتی در واژن خود احساس نمی‌کنند. این شیوه عملی که بوسیله انستیتو بهداشت باروری در دانشگاه Georgetown ارائه شده است **روش دو روزه** نامیده می‌شود. تیمهای تحقیقاتی این شیوه اطلاعات خود را بر اساس بررسی ارتباط بین وجود ترشحات و بروز بارداری در پی نزدیکی در روز تخمک‌گذاری، جمع آوری کرده‌اند. **روش دو روزه** از سایر علائمی که روشهای جلوگیری بر اساس آن پایه‌ریزی شده متفاوت می‌باشد و در این روش نیازی به گزارش مشخصات ترشحات سرویکس و دمای پایه‌ای بدن (BBT) نیست. این شیوه عملی نیازی به کیت‌های ادراری گران قیمت و گاهاً از دست رفتن زمان مناسب باروری ندارد. به نظر محققین و متخصصین این روش هم برای مشخص کردن روزهای باروری در سیکل و هم برای جستجوی روزی که بیشترین شانس باروری وجود دارد روش مؤثری می‌باشد. این اولین مدرک مستقیم است که نشان می‌دهد ترشحات سرویکس با قابلیت باروری بالا در دوران باروری، ارتباط دارد. اگر به ترشحات دو روز قبل از تخمک‌گذاری توجه نشود، برای زوجین با باروری طبیعی، احتمال بارداری از دو روز قبل از تخمک‌گذاری یعنی زمانی که بیشترین احتمال باروری وجود دارد ۱۸٪ خواهد بود. در صورتی که به این ترشحات توجه شود این احتمال به ۳۳٪ خواهد رسید. یک زوج بارور که فقط در روزهای پرخطر (روزهای حوالی تخمک‌گذاری) برای جلوگیری از بچه‌دار شدن از نزدیکی خودداری می‌کنند، اگر به مدت دو روزه توجه کنند احتمال بارداری آنها در طول یکسال ۸٪ خواهد بود ولی در صورتی که به این روش توجه نکنند، این احتمال به ۹۷٪ افزایش می‌یابد.

## عمودی

۱- لاغری و نحیفی، از پیامبران است  
۲- ناشناسائی نمودن، درخشندگی، عدی  
دورقمی ۳- دو سوم پتو، پیمانہ، دروازہ بان  
۴- خانہ بیلاقی، پروتئینی در سفیدہ  
تخم مرغ ۵- تکیه دادن، محکم کردن  
۶- یاری و محبت وارونه، وضع و حالت  
جنین در رحم ۷- بدکردار، از حیوانات  
وحشی، وسیله‌ای با انعطاف زیاد ۸- التهاب  
عصب، نادر آشفته ۹- ستون بدن، از  
حروف الفبا، از رسوب مواد سیلابی در  
مصوب رود ایجاد می‌شود ۱۰- همنشین  
کباب، آزاده وازگون ۱۱- توموری مرکب از  
عناصر بافتی نامرتب که در محل خود از  
نظر بافتی طبیعی است ۱۲- درمان  
جانشینی، واحد پول ژاپن



اشتراک یک سال نشریه پیام باروری و  
ناباروری به طور رایگان

## (حل جدول قبل)

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

آسیب جنینی دارد. برای مثال  
مادرانی که تحت درمان با چندین  
داروی ضد تشنج می‌باشند، احتمال  
ایجاد ناهنجاریهای مختلف جنینی  
شامل نقایص لوله عصبی یا  
ناهنجاریهای مجمه‌ای در بیشترین  
حد می‌باشد. FDA در سال ۱۹۷۹  
طبقه‌بندی داروئی در طی حاملگی را  
ارائه داد و تأکید داشت که در طی  
حاملگی از درمان غیرضروری اجتناب  
شود. اگر چه تنها ۲۰-۳۰ داروی  
مصرفی بعنوان تراتوژن شناخته  
شده‌اند. تنها ۷٪ داروهای موجود  
بعنوان گروه X طبقه بندی می‌شوند.

**درصد داروها در طبقه بندی FDA**

گروه A: مطالعات کنترل نشده خطری را  
نشان نداده است ۷٪  
گروه B: شواهدی از خطر انسان وجود  
ندارد ۱۹٪  
گروه C: احتمال خطر را نمی‌توان کنار  
گذاشت ۶۶٪  
گروه D: شواهد مثبت از بروز خطر  
وجود دارد ۷٪  
گروه X: منع مصرف حاملگی ۷٪  
ادامه دارد

## جدول



## افقی

۱- جفنگیری، بخشنده ۲- دوربینی یک چشم  
همراه با نزدیک بینی چشم دیگر ۳- تردید،  
منفذ ۴- اسهال سخت و شدید، تکیه کلام  
درویش ۵- پنهانی، اندازه، کتاب مقدس  
یهودیان ۶- سرخ رنگ ۷- آمدن و برگشتن،  
دویار جدانشدنی ۸- درسدنجی، نوعی  
پارچه ۹- گوسفند حاصل از کلونینگ،  
خوب نیست، چای خارجی ۱۰- نیپذیرفتن،  
فال نیک‌زدن ۱۱- بله بیگانه، قطع و برش  
سیاهرک ۱۲- آبی رنگ شدن پوست

۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه: دکتر محمد رضا

صادقی، دکتر معرفت غفاری، دکتر سهیلا عارفی،

شمیسه اسکندری

همکاران اجرایی:

ناصر رحیمی، معصومه عباسی مقدم، ابوالفضل علیزاده

طراحی روی جلد: حسن خطائیان

گستره توزیع: سراسر کشور

ترتیب انتشار: ماهنامه روش: خبری، آموزشی

این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد، انتقاد

سازنده اعلام آمادگی می‌نماید. علاقمندان می‌توانند نقطه نظرات

خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای

بلسوار، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۲۵ تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس:

۲۴۰۳۶۴۱

Email: journals@avesina.org

Web site: http://www.avesina.org

روش تجویز و جذب دارو نیز مهم  
است. دوزهای کم در مدت زمان  
طولانی اثر متفاوت با مصرف همان  
دوز دارو در یک نوبت دارد. در  
هنگام تجویز یک دوز منفرد، آنزیم یا  
متابولیت ایجاد شده آسیب کمی  
ایجاد می‌کند و تماس مداوم یا تکرار  
مصرف دارو در فواصل زمانی متغیر  
باعث تکرار و تشدید آسیب میشود.  
از طرف دیگر فیزیولوژی مادر در  
طی حاملگی تغییر می‌کند و میتواند  
جذب، تخریب، متابولیسم و ترشح  
داروها را تغییر دهد، بنابراین عبور  
دارو از جفت و انتقال دارو به جنین  
نیز می‌بایست مورد توجه دقیق قرار  
گیرد. برای مثال کومارین براحتی از  
جفت میگذرد و بالقوه تراتوژن  
میباشد. بر خلاف آن هپارین بدلیل  
بار مولکولی زیاد از جفت نمی‌گذرد.  
همانطور که در مورد تالیدومید نیز  
گفته شد زمان تماس بسیار حیاتی  
است. تماس در طی ۳-۲ هفته اول  
پس از لقاح معمولاً اثر ندارد یا در  
صورت داشتن اثر باعث مرگ جنین  
می‌گردد (قانون همه یا هیچ). دوره  
مهم برای اثر مواد تراتوژن، دوره  
اندام زائی یا ارگانوژنز می‌باشد، که  
شامل هفته سوم تا هشتم پس از لقاح  
یا تا ۱۰ هفته پس از آخرین قاعدگی  
می‌باشد. پس از این زمان، تکامل  
جنینی اصولاً با افزایش اندازه اندام  
مشخص می‌شود. (۱۰ تا ۱۲ هفتگی).  
بنابراین اثرات اصلی تماس دارو در  
این محدوده زمانی منجر به  
محدودیت رشد کلی بدن، آسیب به  
سیستم عصبی یا غدد جنسی  
می‌شود. در طی دوره ارگانوژنز یا  
اندام زائی، یک تراتوژن ممکن است  
منجر به مرگ سلولی یا تغییر در  
رشد ارگان یا اندام شود، مثل افزایش  
رشد، کاهش رشد یا رشد نامتقارن  
و غیر قرنیه و نیز ممکن است در  
تمایز سلولی و سایر عملکردهای  
پایه‌ای سلول تداخل ایجاد کند.  
خصوصیات ژنتیکی مادر و  
جنین حساسیت به یک ماده  
را تغییر می‌دهد. باید خاطرنشان  
کرد که مصرف ترکیب چندین  
دارو با هم در مقایسه با اثرات یک  
داروی منفرد خطر بیشتری از نظر