

بنام آنکه هستی از اوست

سرمقاله



باروری طبیعی و باروری
آزمایشگاهی
دو راه برای حاملگی
(۳)

دکتر محمد مهدی آخوندی

در ادامه بحث به برخی از عوامل ناباروری مردان اشاره می‌شود: تشخیص علل ناباروری مردان معمولاً بسیار مشکل است. انسداد مجاری عبور اسپرم یکی از علل شناخته شده ناباروری مردان می‌باشد. انسداد کامل مجاری ممکن است بدنبال ابتلا به بیماری‌هایی باشد که از طریق تماس جنسی منتقل می‌شوند.

اتساع عروق اطراف بیضه و تجمع خون در آنها باعث افزایش حرارت داخل اسکروتوم (کیسه بیضه) می‌گردد و بدین وسیله در تولید مناسب و طبیعی اسپرم اختلال ایجاد می‌کند.

انسداد لوله‌ها بواسطه وازکتومی (جراحی انتخابی و دلخواه بستن لوله‌های منی‌بر) بعنوان یکی از راههای انتخابی کنترل موالید صورت می‌پذیرد. هر چند امکان جراحی مجدد برای ارتباط و اتصال مجدد لوله‌های منی‌بر پس از وازکتومی وجود دارد ولی در برخی افراد، مخصوصاً در مواردی که از عمل اولیه وازکتومی بیش از ده سال گذشته باشد، امکان ارتباط و اتصال لوله‌ها وجود نداشته و فرد نابارور باقی می‌ماند. همچنین در این مدت به دلیل فعال شدن سیستم ایمنی و ایجاد واکنش‌های ایمنی و تولید آنتی‌بادی ضد اسپرم، اسپرم‌ها از

بین رفته و یا تحرک خود را از دست داده‌اند.

واریکوسل یکی از علل دیگر ناباروری در مردان است. واریکوسل در اثر تجمع خون در سیاهرگهای متسع شده اطراف بیضه ایجاد می‌شود. اتساع عروق اطراف بیضه و تجمع خون در آنها باعث افزایش حرارت داخل اسکروتوم (کیسه اطراف بیضه) می‌گردد و بدین وسیله در تولید مناسب و طبیعی اسپرم اختلال ایجاد می‌کند. همانطور که می‌دانیم روند اسپرماتوژنز در درجه حرارت پائین‌تر از درجه حرارت بدن انجام می‌شود. هر عاملی که سبب افزایش این درجه حرارت گردد در تولید اسپرم مناسب اختلال ایجاد خواهد کرد. به طور طبیعی، بیضه‌ها پس از تولد، سریعاً از ناحیه داخلی شکم به داخل اسکروتوم منتقل می‌شوند. ولی در برخی مواقع این انتقال صورت نمی‌گیرد و ممکن است در اثر بی‌توجهی بیضه‌ها مدت‌ها و حتی سالهای طولانی در بدن باقی بمانند لذا برای جلوگیری از صدمات جبران ناپذیر به بیضه‌ها و بروز ناباروری، بایستی در اوائل دوران کودکی نسبت به انجام عمل پائین آوردن بیضه‌ها بداخل اسکروتوم اقدام نمود.

در موارد بسیار نادر، ممکن است رشد غیر طبیعی بیضه‌ها و یا لوله‌های انتقال‌دهنده اسپرم ناشی از صدمات، بیماریها و یا نواقص مادرزادی و ارثی باشد.

برای جلوگیری از صدمات جبران ناپذیر به بیضه‌ها و بروز ناباروری بایستی در اوائل دوران کودکی نسبت به بیضه‌ها بداخل اسکروتوم اقدام نمود.

داروهای مشخص و یا مواد شیمیایی محیط نیز ممکن است در تولید و عملکرد اسپرم اختلال ایجاد کند. همانند آنچه که در علل ناباروری

زنان نیز گفته شد، مصرف داروهای نظیر Diethylstilbestrol (DES) نیز می‌تواند باعث ایجاد نواقص در سیستم تناسلی فرزند پسر گردد. همچنین به دلایل ناشناخته، برخی از مردان فاقد میزان کافی هورمون‌های محرک در تولید و بلوغ طبیعی اسپرم می‌باشند.

ناباروری‌های ناشناخته:

در حال حاضر با متدها و روش‌های تشخیصی جاری برای حدود ۱۰٪ از زوجهای نابارور، دلیل اصلی ناباروری، قابل شناسایی نیست. این موارد تحت عنوان ناباروری ناشناخته تقسیم‌بندی می‌شوند. تکنولوژی پیشرفته لقاح خارج رحمی (IVF)، گامهای بلندی را برای تشخیص برخی از عوامل ناباروری‌های ناشناخته برداشته است. امروزه تکنیکهای پیشرفته‌ای که جهت بررسی، ارزیابی و درمان زوج نابارور به کار گرفته می‌شود، در شناسایی علل ناباروری زوجها بسیار کمک کننده می‌باشد.

امروزه تکنیکهای پیشرفته‌ای که برای بررسی، ارزیابی و درمان زوج نابارور به کار گرفته می‌شود، در شناسایی علل ناباروری زوجها بسیار کمک کننده می‌باشد.

در حال حاضر بیشتر عوامل ناباروری قابل تشخیص و به تدریج قابل درمان است. اگر چه در مواردی هنوز امکان تشخیص و درمان وجود ندارد. بعنوان مثال، تحقیقات اخیر نشان داده است که بسیاری از زنان با تشخیص اولیه ناباروری ناشناخته، دارای اندومتریوز خفیف لگنی بوده‌اند که در حال حاضر نیز بوسیله مشاهده مستقیم با لاپاراسکوپ و یا جراحی این بیماری قابل تشخیص و شناسایی نیست. در موارد دیگری مثل اندومتریوز بدون رنگدانه (Non pigmented endometriosis)، اندومتریوم مشابه اندومتریوز امکان رشد داخل حفره لگنی را با بسیاری

آزمایشات دیگری که به صورت نه چندان شایع جهت تأیید تشخیص واریکوسل بکار می‌روند عبارتند از: سونوگرافی داپلر، ونوگرام (یک نوع تصویربرداری مخصوص با اشعه X) و ترموگرام.

یکی از خطرات انجام ترمیم واریکوسل زمانی است که این جراحی کمک کننده نیست و بیماران ناامید شده و از ادامه راههای درمانی مؤثرتر مانند تکنیک‌های کمک باروری (ART) خودداری می‌کنند.

موارد اختلاف نظر در مورد واریکوسل کدام است؟

اکثر پزشکان هنوز کاملاً مطمئن نیستند که آیا واریکوسل موجب کاهش تعداد اسپرم می‌شود یا خیر؟ با کمال تعجب تنها ۱۰ مردان مبتلا به واریکوسل مشکل ناباروری دارند. بنابراین تعداد زیادی از مردانی که حتی واریکوسل‌های بزرگی دارند، شمارش اسپرم آنها طبیعی و در حد بسیار خوبی است و به همین دلیل تأیید رابطه بین علت (واریکوسل) و معلول (تعداد کم اسپرم) مشکل است. این بدان معنا است که درمان جراحی واریکوسل ممکن است در بهبود شمارش اسپرم نقشی نداشته باشد. با این وجود، این سؤال باقی می‌ماند که اگر واریکوسل علت این مشکل نباشد، چگونه رفع آن در درمان ناباروری کمک‌کننده خواهد بود؟ در حقیقت مقایسه درمان جراحی واریکوسل با عدم درمان آن در مردان مبتلا به واریکوسل با شمارش پایین اسپرم، در مطالعات مداخله‌ای کنترل شده، نشان داده است که میزان حاملگی در هر دو گروه یکسان است. بنابراین به نظر نمی‌رسد که درمان یا عدم درمان واریکوسل در بهبود شمارش اسپرم چندان مؤثر باشد!

هنوز هم واریکوسل را در مردان نابارور ترمیم می‌کنند، گویی انجام این عمل بر اساس ضرب‌المثلی است که می‌گوید: انجام هر کاری بهتر از

باعث گرمتر شدن بیضه و اختلال در تولید اسپرم شود یا حوضچه‌های خونی ایجادشده و لبریز از هورمونهای غیرطبیعی و متابولیتها، مسیر طبیعی ساخت اسپرم در بیضه را تغییر می‌دهند. میزان تأثیر واریکوسل بر روی شمارش اسپرم در افراد مختلف، متفاوت است. یعنی واریکوسل می‌تواند در برخی از افراد بر تعداد اسپرم‌ها هیچ تأثیری نداشته باشد و در مقابل در برخی دیگر با کاهش قابل توجه و واضح تعداد اسپرم‌ها همراه باشد (طیفی از تغییرات). همچنین واریکوسل ممکن است باعث آسیب تدریجی در روند تولید اسپرم شود.

تشخیص واریکوسل چگونه انجام می‌شود؟

پزشک بیمار را در حالت ایستاده قرار داده و طناب اسپرماتیک را لمس می‌کند (طنابی که به نظر می‌رسد بیضه‌ها از آن آویزان شده‌اند). از بیمار می‌خواهد که سرفه کند و در این حالت واریکوسل مانند یک دسته کرم در زیر دست لمس می‌شود. این حالت (ورم کردن) به صورت متناوب ایجاد می‌شود.

واریکوسل می‌تواند در برخی از افراد بر تعداد اسپرم‌ها هیچ تأثیری نداشته باشد و در مقابل در برخی دیگر با کاهش قابل توجه و واضح تعداد اسپرم‌ها همراه باشد.

بهترین راه تأیید تشخیص، استفاده از تست داپلر (Doppler) می‌باشد. در این تکنیک یک میله کوچک به شکل قلم بر روی طناب اسپرماتیک قرار داده می‌شود که امواج صوتی عروق خونی را گرفته و با تقویت آن، جریان خون را اندازه‌گیری نموده و میزان آن را به صورت نمودارهای میله‌ای شکلی نشان می‌دهد. بیماران مبتلا به واریکوسل دچار نقص بازگشت جریان خون در طی سرفه کردن می‌باشند که به صورت امواج بلند میله‌ای نشان داده می‌شود.

از اثرات زیان‌آور خود دارا است. این موارد نیز با دید مستقیم لاپاراسکوپ و یا جراحی قابل شناسایی و تشخیص نیست، چرا که هیچگونه خونریزی مشهودی در اینگونه عارضه‌ها مشاهده نمی‌شود. لازم به ذکر است که باروری در اینگونه بیماران بسیار نادر است. در ادامه بحث در شماره آینده تفاوت IVF با لقاح طبیعی مورد بحث قرار می‌گیرد.

ادامه دارد

سیری در دنیای علم



ناباروری مردان افق‌های تشخیص و درمان (۱)

دکتر هومن صدری اردکانی

شایع‌ترین علت ناباروری مردان، کمبود تعداد اسپرم‌هاست و شایع‌ترین علت این کمبود عوامل ناشناخته (Idiopathic) است یعنی عللی که هنوز با استفاده از تکنیکهای موجود قادر به شناسایی آنها نمی‌باشیم. اگر چه این مسأله یکی از مشکلات پزشکان و بیماران در درمان ناباروری است و گاه حتی موجب ناامیدی آنها نیز می‌شود اما آگاهی کامل از سایر علل شناخته شده و نکات مربوط به آنها برای بیماران بسیار مفید می‌باشد. در این مقاله به اجمال این علل مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

واریکوسل

یکی از شایع‌ترین علل شناخته شده کمبود اسپرم، واریکوسل است. واریکوسل عبارت است از رگ‌های واریسی متورم که عمدتاً در بیضه چپ دیده می‌شود. این حالت به علت جمع شدن خون در عروق بیضه و به دنبال عدم کارکرد مناسب دریچه‌های وریدی ایجاد می‌شود. مکانیسم دقیق ناباروری ناشی از واریکوسل ناشناخته است، شاید تجمع خون

مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در صورت تسایل در شماره‌های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

سؤال: چه تعداد اسپرم در هر انزال لازم است تا حاملگی رخ دهد؟

جواب: هنوز تعداد اسپرم لازم در هر انزال برای حصول حاملگی به طور دقیق مشخص نشده است ولی از نظر علمی تنها یک اسپرم برای باروری تخمک لازم است و بیشتر اسپرمها تا قبل از اینکه به تخمک برسند به دلایل مختلف در دستگاه تولیدمثلی زن از بین می‌روند. بطور متوسط ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلیون اسپرم در هر بار انزال در مایع منی موجود می‌باشد. اگر تعداد اسپرم از ۲۰ میلیون در هر میلی‌لیتر مایع منی کمتر باشد شانس حاملگی کاهش می‌یابد. علاوه بر تعداد اسپرمها، تحرک، شکل و ظرفیت باروری اسپرم نیز از عوامل مهم در وقوع حاملگی می‌باشد.

از نظر علمی تنها یک اسپرم برای باروری تخمک لازم است و بیشتر اسپرمها تا قبل از اینکه به تخمک برسند به دلایل مختلف در دستگاه تولید مثلی زن از بین می‌روند.

سؤال: اسپرم کجا و چگونه با تخمک برخورد می‌کند؟

جواب: سیمین یا منی در ابتدا غلیظ و چسبناک است ولی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بعد از انزال بوسیله آنزیمهای خاصی مایع می‌شود گاهی حتی قبل از اینکه این حالت رخ بدهد بعضی از اسپرمها که در حوالی سرویکس (دهانه رحم) ریخته شده‌اند بداخل موکوس سرویکس نفوذ می‌کنند و گاهی ۵ دقیقه بعد به لوله‌های فالوپ می‌رسند! به محض اینکه منی محلول شد اسپرمهای فعال به سمت سرویکس محلی که گاهی اوقات تا چند روز در آن می‌توانند باقی بمانند شنا کرده و سپس به سمت رحم و لوله‌های رحم پیش می‌روند. اسپرم و تخمک در لوله فالوپ قسمت

شیوع این خطر حدود ۵٪ است که در این صورت عملاً تولید اسپرم کاهش می‌یابد!

جراحی میکروسکوپی: روش جدیدتری است که در طی آن جراح با استفاده از یک میکروسکوپ جراحی، منحصراً وریدهای متسع شده در طناب اسپرماتیک را گره می‌زند. در این روش با اطمینان می‌توان شریان بیضوی و مجاری لنفاوی را محافظت نمود، زیرا جراح در یک محدوده کاملاً بزرگ شده و با دید وسیع جراحی می‌کند.

روش انسداد با بالون بوسیه رادیولوژی: این روش چندان شایع نیست. در این روش به وسیله یک لوله، بالونی از جنس سیلیکون تحت راهنمایی اشعه X وارد ورید بیضوی می‌شود و سپس بالون داخل ورید باد شده و ثابت می‌شود و بدین ترتیب وریدهای متسع مسدود و واریکوسل درمان می‌شود.

واریکوسل بدون علامت

واریکوسل‌های بسیار کوچکی هستند که پزشک قادر نیست آنها را لمس کند ولی در آزمایش داپلر تشخیص داده می‌شود. به هر حال اینکه آیا تصحیح این موارد مفید خواهد بود یا نه هنوز جای سؤال دارد. بسیاری از جراحان، ترمیم واریکوسل را با درمان دارویی همراه می‌کنند تا با وادار ساختن بیضه‌ها به کار بیشتر، تعداد اسپرمها را افزایش دهند ولی چگونگی تأثیر این روش‌ها هنوز مشخص نیست.

ادامه دارد

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

عدم انجام آن است! به هر حال به یاد داشته باشید که درمان جراحی تنها در ۳۰٪ موارد باعث بهبود شمارش و حرکات اسپرمها می‌شود و میزان حاملگی بعد از ترمیم واریکوسل تنها در حدود ۱۵٪ افزایش می‌یابد.

چهار روش برای ترمیم واریکوسل در دسترس می‌باشد: جراحی سنتی، جراحی میکروسکوپی، جراحی لاپاروسکوپی و انسداد با بالون بوسیه رادیولوژی.

از خطرات عمل ترمیم واریکوسل عدم بهبود کیفیت اسپرم و ناامیدی بیماران در ادامه روشهای درمانی مؤثرتر مانند تکنیک‌های کمک باروری (ART) است. امروزه اکثر متخصصان ناباروری به مردان نابارور مبتلا به واریکوسل توصیه می‌کنند به جای ترمیم واریکوسل به فکر انجام IVF باشند.

چهار روش برای ترمیم واریکوسل در دسترس می‌باشد: جراحی سنتی، جراحی میکروسکوپی، جراحی لاپاروسکوپی و انسداد با بالون بوسیه رادیولوژی.

روش جراحی سنتی: در این روش برش کوچکی در ناحیه کشاله ران ایجاد می‌شود. طناب اسپرماتیک به خارج کیسه بیضه کشیده می‌شود و وریدهای متسع سفت گره زده می‌شوند. این روش شایع‌ترین متد مورد استفاده است و خطرات آن شامل موارد ذیل است:

خطر عود مجدد (حدود ۲۰٪ موارد): چون تعداد زیادی از وریدهای کوچکتر ممکن است تشخیص داده نشده و در طول جراحی ترمیم نشوند.

خطر هیدروسل (تجمع مایع در بیضه‌ها): چون عروق لنفاوی بطور غیرمستقیم به شدت گره می‌خورند و در نتیجه مایع بیشتر در آن ناحیه جمع می‌شود.

خطر آسیب ناخواسته به شریان بیضوی (تأمین‌کننده خون بیضه‌ها):



جراحی دچار انقباضات رحمی و دردهای شدیدی شدم که تا بحال با چنین دردهائی مواجه نبودم، حتی بعد از عمل جراحی قبل هم با چنین حالتی روبرو نشده بودم. نمایانم که آیا من واقعاً حاملگی رحمی داشتم و این عمل جراحی سبب سقط شده بود یا خیر؟ برداشتن لوله‌ام یک اشتباه بزرگ بود، حالا دیگر هیچ شانسی حتی بصورت معجزه هم وجود نداشت که من بطورطبیعی حامله شوم. از طرف دیگر، فرزندخواندگی نیز ذهن مرا مشغول می‌کرد. من هنوز سه جنین منجمد شده داشتم ولی شرایط و آمادگی لازم را برای درمان مجدد نداشتم. من در عرض ۱۴ ماه سه بچه و مادرم را از دست داده بودم و از نظر روحی و جسمی بسیار خسته بودم. آیا فرزندخواندگی آخرین راه حل بود؟

در آن موقعیت من برای چنین تصمیمی توان مالی نیز نداشتم و فکر می‌کردم زمانی می‌توانم برای چنین کاری تصمیم بگیرم که از نظر مالی مشکلی نداشته باشم و بتوانم کودکی را که به فرزندگی قبول میکنم به نحو احسن بزرگ کنم. من آدم حساس و کم‌تحملی نبودم ولی احساس می‌کردم که دیگر به زانو درآمده‌ام و توان ادامه راه را ندارم. من با مشکلات زیادی در زندگی روبرو بودم و از پس همه آنها برآمدم ولی نمی‌دانستم که از این به بعد نیز

مانده و نه پولی. یکی از دوستان، پیشنهاد فرزند خواندگی را مطرح کرد ولی شوهر من شدیداً با این پیشنهاد مخالف بود. چند ماه بعد شوهرم در اثر ابتلا به یک ویروس در سن ۴۰ سالگی دچار نارسائی قلبی شد، بطوریکه پزشکان گفتند ممکن است نیاز به پیوند قلب پیدا کند، ولی علیرغم این مشکل و مشکلات مالی ما هر دو در ادامه درمان تأکید داشتیم. مادرشوهرم به ما مقداری کمک مالی کرد. زمان شروع سیکل دیگر IVF رسیده بود، ما تمام آزمایشات لازم را دوباره انجام دادیم ولی آزمایش اسپرم شوهرم پس از درمان با داروهای قلبی بسیار ناامید کننده بود، لذا ما چاره‌ای جز انجام میکرواینجکشن (ICSI) نداشتم. در مدت زمانی که تحت درمان بودم مادرم فوت کرد لذا با شرایطی که برایم پیش آمده بود دیگر امیدی به نتیجه درمان نداشتم. یک شب بعد از مراسم تشییع مادرم، یکی از دوستانم با من تماس گرفت و پس از ابراز همدردی و تسلیت، با آگاهی که از وضعیت من داشت گفت: خانواده‌ای را می‌شناسد که می‌خواهند نوه خود را به یک خانواده بسپارند و از آنجائی که آنها تو را خوب می‌شناسند و از وضعیت تو آگاهی دارند تمایل دارند تو نوه آنها را به فرزندگی قبول کنی. این موقعیت خیلی خوبی بود ولی قبل از اینکه ما برای اینکار اقدام کنیم حامله شدم، ولی مدتی بعد از حاملگی دچار خونریزی شدم. پزشکان معتقد بودند که من سقط کرده‌ام ولی میزان HCG من همچنان بالا بود. من نمی‌توانستم حاملگی لوله‌ای داشته باشم چرا که یکبار با این مشکل روبرو شده بودم و برای بار دوم بعید به نظر می‌رسید که دوباره با آن روبرو شوم! پزشکان با سونوگرافی هم نتوانستند جنینی در رحم من پیدا کنند. HCG من همچنان بالا بود با سونوگرافی‌های مجدد نیز هیچ جنینی در رحم دیده نشد. با شرایط بوجود آمده مجبور شدم برای خاتمه دادن به این حاملگی نابجا دوباره تحت عمل جراحی قرار بگیرم، بعد از عمل

آمیولا یکدیگر را ملاقات کرده و عمل لاقح در آنجا انجام می‌شود.

سؤال: آیا مصرف سیگار و الکل روی باروری مردان اثر می‌گذارد؟

جواب: مصرف زیاد سیگار و الکل روی باروری مردان اثرات زیان‌باری دارد به طوریکه تعداد اسپرمها و تحرک آنها با استعمال سیگار کاهش می‌یابد. همچنین مصرف زیاد الکل ممکن است باعث کاهش تولید اسپرم نیز شود. اثر اصلی آن با اختلال در ترشح تستوسترون و کاهش آن از طریق تسریع در تغییر ساختمان شیمیایی و تبدیل آن به استروژن صورت می‌گیرد که معمولاً به کاهش میل جنسی نیز منتهی می‌شود. اصولاً افراد الکلی ناتوانی جنسی دارند.

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 شده‌اید در هر شماره ماجرای زوج ناباروری را منتشر نماید، که برای دفتر نشریه ارسال شده است. تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

ادامه داستان

همانطور که در شماره پیش خواندید، تلاش مجدد من برای بارداری از طریق IVF با کمال تأسف به حاملگی لوله‌ای منتهی شد ولی خوشبختانه این بار برخلاف حاملگی اول من درمان داروئی با متوترکسات موفقیت آمیز بود. چند ماه پس از درمان، دوباره تلاشم را از سر گرفتم. جنینهای باقی مانده به نظر نمی‌رسید خیلی خوب باشند. درهرحال انتقال صورت گرفت ولی متأسفانه نتیجه منفی بود. حالا برای ما نه جنینی باقی

این یافته‌ها حاصل اطلاعاتی بود که از ۲۶۴۲۸ خانم تحت درمان در درمانگاه‌های IVF در هلند، بین سالهای ۱۹۹۵-۱۹۸۰ جمع‌آوری شده بود. تمامی این زنان برای تولید تخمک داروهای تحریک تخمک‌گذاری دریافت کرده بودند. تجزیه و تحلیل نهایی شامل ۳۹ خانم بود که یائسگی را در حدود سن ۴۱ سالگی تجربه کردند و ۱۹۰ خانم در همان سن که این حالت را تجربه نکرده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد زنانی که ۳ تخمک و یا کمتر در طی اولین سیکل IVF تولید می‌کنند، نسبت به زنانی که بیش از ۳ تخمک (تعدادی که معمولاً تعداد طبیعی در نظر گرفته میشود) تولید می‌کنند، ۱۲ مرتبه بیشتر احتمال دارد که یائسگی زودرس را تجربه کنند.

IVF اغلب در زنانی که بارداری آنها تا اواخر سنین باروری به تاخیر افتاده است و تعداد تخمکهای آنها کمتر شده است به کار گرفته می‌شود.

Van leeuwen و همکارانش اظهار می‌دارند که نتایج این تحقیقات بیانگر این است که زنانی که در اولین سیکل IVF تعداد کمتری تخمک تولید می‌کنند نسبت به زنانی که تعداد تخمک بیشتری تولید می‌کنند، بیشتر در معرض یائسگی زودرس قرار می‌گیرند.

اخبار علمی برگزیده



عدم ارتباط زایمان واژینال (طبیعی) با بی‌اختیاری ادراری

محققان آمریکایی گزارشی نموده‌اند که ابتلا به بی‌اختیاری ادراری در زنانی که هرگز زایمان را تجربه نکرده‌اند دقیقاً مشابه آنهایی است که آنرا تجربه نموده‌اند. این یافته، نظریه افزایش خطر ابتلا به بی‌اختیاری

دانستنی های باروری



خطر یائسگی زودرس در زنان ناباروری که در اولین سیکل IVF تعداد کمتری تخمک ایجاد می‌کنند

بر اساس گزارش محققین هلندی احتمال یائسگی زودرس در زنانی که در طی IVF برای درمان ناباروری، تعداد کمتری تخمک ایجاد می‌کنند نسبت به زنانی که تعداد بیشتری تخمک تولید می‌کنند بیشتر است. با توجه به نظر دکتر Van leeuwen و همکارانش در مؤسسه سرطان هلند در آمستردام، این یافته‌ها مؤید نظریه «پیر شدن از نظر باروری» می‌باشد که می‌گوید زنان با سن بیولوژیکی مشابه دچار درجات متفاوتی از کاهش عملکرد تخمدانی می‌شوند.

در طی IVF، روشی که برای مدت ۲۰ سال است برای درمان ناباروری به کار گرفته شده است، تخمک زن و اسپرم مرد در محیط آزمایشگاه با یکدیگر ترکیب می‌شود و سپس جنین‌های حاصل در رحم زن کاشته می‌شوند. IVF اغلب در زنانی که بارداری آنها تا اواخر سنین باروری به تاخیر افتاده است و تعداد تخمکهای آنها کاهش یافته است به کار گرفته می‌شود. قاعدتاً وقتی تخمک کمتری ایجاد شود شناسن حاملگی طبیعی نیز کاهش می‌یابد.

به هنگام تولد، تخمدانها حاوی ۱ الی ۲ میلیون تخمک می‌باشند. در هنگام اولین قاعدگی یک دختر، بطور متوسط حدود ۳۰۰۰۰۰ تخمک در تخمدانها وجود دارد، که این تعداد تا سن ۳۰ سالگی به حدود ۲۵۰/۰۰۰ کاهش می‌یابد. زمانی که این تعداد به اتمام می‌رسد دیگر تخمک‌گذاری رخ نمی‌دهد، در نتیجه فرد دچار یائسگی می‌گردد. این حالت اغلب در حوالی سن ۵۰ سالگی رخ می‌دهد. در این مطالعه محققین یائسگی زودرس را قطع قاعدگی پیش از سن ۴۶ سالگی در نظر گرفته‌اند.

می‌توانم در مقابل مشکلات زندگی ایستادگی کنم یا خیر؟ من نمی‌خواستم پسر در زندگی تنها بماند و تنها آرزویی که داشتم این بود که او یک خواهر و یا برادر داشته باشد. من همه امیدم را از دست داده بودم. در رابطه با بچه اولم حاملگی سختی را پشت سر گذاشتم. شاید ترسی که از حاملگی داشتم باعث شد که در تلاشهایم برای حاملگی مجدد موفق نباشم.



من عاشق بچه بودم و با تمام وجود آرزو می‌کردم بچه‌های زیادی داشته باشم ولی شاید خواست خداوند مخالف آن چیزی بود که من می‌خواستم و واقعاً صلاح نبود که من بچه دیگری داشته باشم. احساس می‌کردم اعتقادم را هم دارم از دست می‌دهم. مشکل مالی نیز مزید علت شده بود، ولی اگر میلیونها تومان هم داشتم باز آمادگی آنرا نداشتم که دوباره درمان را شروع کنم و صلاح دانستم اگر پولی هم دارم برای آینده پسرم پس‌انداز کنم. بنابراین کم کم فکر ادامه درمان و فرزندخواندگی از ذهنم خارج شد و با خود گفتم پروردگارا اگر صلاح تو در این است که من همین یک فرزند را داشته باشم من هم همان را می‌خواهم که خداوند تو می‌خواهی. لذا تصمیم گرفتم که تمام تلاشم را در حفظ کانون گرم خانواده و تربیت صحیح فرزندم به کار گیرم.

پایان

ادارای بدنبال زایمان واژینال را مورد شک قرار داده است. طبق اظهار نظر دکتر G.M. Buchsbaum و همکارانش از دانشگاه Rochester در نیویورک در مطالعه‌ای که در زنان راهبه هرگز زایمان نکرده انجام شد، نیمی از آنها مبتلا به بی‌اختیاری ادارای بودند. این میزان مشابه زنانی است که زایمان واژینال را تجربه نموده‌اند. این یافته‌ها با این نظریه تضاد دارد که زنانی که از طریق واژینال زایمان می‌کنند در اثر فشارهای آناتومیک وارده در طول زایمان، در معرض خطر بی‌اختیاری

بیشتری دچار بی‌اختیاری ادارای شدند. به نظر دکتر Buchsbaum این نظریه که زایمان واژینال شانس بی‌اختیاری را افزایش می‌دهد از این حقیقت منشاء می‌گیرد که بی‌اختیاری ادارای در میان خانمهایی که زایمان واژینال را تجربه نموده‌اند نسبت به آنهایی که این تجربه را نداشته‌اند بیشتر است، لذا این مسئله باعث شده که تصور شود زایمان واژینال می‌تواند در بی‌اختیاری ادارای نقش داشته باشد.

اطلاعات دارویی



مصرف داروها در طی حاملگی

(۲)

دکتر سهیلا عارفی

تعیین دوز دقیق داروها در حاملگی بسیار مشکل است، زیرا مطالعات کمی در این زمینه صورت گرفته است. در واقع برای تجویز دارو در اطفال و یا افراد مبتلا به نارسائی کلیه، پیشنهادهای وجود دارد، اما برای دوز داروها در دوران حاملگی نظر واحدی وجود ندارد. در واقع به علت تغییرات فیزیولوژیک در طول حاملگی باید دوز دارو در حاملگی به طور مشخص تعیین شود. ۳۵٪ خانمها حداقل یک دارو در حاملگی مصرف می‌کنند. در بسیاری از موارد خانمهایی که بیماری مزمن داشته و از قبل تحت درمان با دارو می‌باشند باید در حین حاملگی داروی خود را ادامه دهند. خوشبختانه مصرف بسیاری از داروها در حاملگی، ایمن می‌باشد و تعداد کمی از داروها منجر به بروز نواقص مادرزادی می‌گردد. جذب، توزیع، متابولیسم (تجزیه) و ترشح داروها از هر فرد به فرد دیگر متفاوت می‌باشد.

جذب داروها: جذب دارو به داخل جریان خون از طریق دستگاه گوارش، پوست، ریه، عضلات و یا از طریق تزریق مستقیم دارو به داخل

سیستم عصبی صورت می‌گیرد. عواملی که روی جذب و رسیدن دارو به داخل جریان خون اثر می‌کند شامل فرمول دارو، تجویز همزمان دارو و یا غذا، وضعیت شیمیایی، متابولیسم توسط باکتریهای روده‌ای و یا کبد، زمان تخلیه معده، حرکت روده‌ها و جریان خون می‌باشد.

جذب روده‌ای: افزایش تولید پروژسترون در سه ماه سوم حاملگی باعث کاهش حرکت روده‌ها و ۵۰-۳۰٪ افزایش در زمان تخلیه معده می‌شود. بنابراین اگر نتیجه سریع و مناسب را خواستار باشیم گاهی مصرف نوع تزریقی داروها کمک‌کننده خواهد بود. افزایش زمان تخلیه و کاهش حرکت روده‌ها باعث افزایش زمان حلالیت دارو نیز می‌شود، که این باعث افزایش جذب داروهای محلول در آب مانند دیگوکسین می‌گردد.

مصرف همزمان داروها با هم روی جذب داروها تأثیر دارد. این داروها مثل آنتی‌اسیدها و مکمل‌های تغذیه‌ای مانند: کلسیم، آهن و ویتامین‌ها می‌باشد که می‌تواند با داروهای تجویز شده متصل شده و آنها را غیرفعال کند.

افزایش تولید پروژسترون در سه ماه سوم حاملگی باعث کاهش حرکت روده‌ها و ۵۰-۳۰٪ افزایش در زمان تخلیه معده می‌شود.

جذب ریوی: در طی حاملگی، به دلیل افزایش برون‌ده قلبی و تنفسی، جذب دارو از ریه افزایش می‌یابد. بنابراین میزان لازم داروهایی که جذب ریوی دارند در دوران حاملگی کاهش پیدا می‌کنند.

جذب پوستی و داخل عضلانی: در دوران حاملگی به دلیل افزایش جریان خون در پوست جذب پوستی داروها افزایش می‌یابد. همچنین به دلیل افزایش جریان خون در عضلات جذب عضلانی داروها نیز سریعتر صورت می‌پذیرد. بطوریکه در



ادارای قرار می‌گیرند.

دکتر Buchsbaum معتقد است که بعضی از مادران برای کاهش خطر ابتلا به بی‌اختیاری ادارای، متقاضی انجام عمل سزارین هستند. اما آنچه ما بدست آورده‌ایم بر خلاف عقاید عامه می‌باشد. محققین یافته‌های خود را از مطالعه بر روی ۱۴۹ راهبه با میانگین سنی ۶۸ سال بدست آوردند. این افراد اطلاعاتی را در مورد تجربه بی‌اختیاری ادارای و اثرات آن بر زندگی‌شان ارائه دادند. تیم دکتر Buchsbaum دریافتند که ۳۰٪ راهبه‌ها دچار بی‌اختیاری فشاری و ۲۴٪ دچار بی‌اختیاری اضطراری بودند، تعدادی نیز دچار هر دو نوع بی‌اختیاری از این دو نوع نبود. بر اساس گزارش ماه آگوست «مجله زنان و مامایی» راهبه‌هایی که دچار افسردگی بودند، آنها که دارای سابقه عفونت مجاری ادارای بودند و آنهایی که شاخص توده بدنی (BMI) بالا داشتند (افراد چاق) به احتمال

