

بنام آنکه هستی از اوست

سرمقاله



باروری طبیعی و باروری آزمایشگاهی دو راه برای حاملگی

(۶)

دکتر محمد مهدی آخوندی

طبیعی و یا غیرطبیعی بودن موقعیت رحم، جنین و همچنین نوزاد ناشی از لقاح خارج رحمی:

جنینی که در خارج از رحم تشکیل شده، برای زنده ماندن باید سالم و بدون نقص باشد. در لقاح طبیعی، تخمک پس از باروری و تشکیل جنین، مدت زمان اولیه رشد خود را در لوله‌های رحمی سپری نموده و پس از حدود پنج روز در حالیکه رشد آن به مرحله بلاستوسیست رسیده، وارد رحم می‌شود.

در زمان انتقال و رسیدن به حفره رحمی، جنین حاصل از لقاح خارج رحمی، رشد کمتری در مقایسه با جنین حاصل از لقاح طبیعی دارد.

در حال حاضر علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر در آزمایشگاه جنین‌شناسی، به دلیل وجود محدودیت‌هایی در نگهداری مناسب جنین به مدت ۵ روز، جنین ۴۸ تا ۷۲ ساعته پس از لقاح و با رشدی معادل ۴ الی ۱۲ سلول به رحم منتقل می‌شود.

در زمان انتقال و رسیدن به حفره رحمی، جنین حاصل از لقاح خارج رحمی، رشد کمتری در مقایسه با جنین حاصل از لقاح طبیعی دارد. علاوه بر این، در لقاح خارج رحمی، اندومتریوم (پوشش داخلی رحم)،

تحت اثر مصرف بالای داروهای هورمونی تحریک تخمک‌گذاری، بطور مصنوعی آماده می‌شود. لذا این رحم احتمالاً شانس بیشتری را در داشتن نقص فاز لوتئال به همراه دارد. در این ارتباط برای لانه‌گزینی در رحم، انتقال جنین غیرسالم، شانس کمتری را در مقایسه با جنین سالم، خواهد داشت. مطالعات متنوع نشان داده است که امکان تولد نوزادی با نقایص ژنتیکی در لقاح خارج رحمی بیش از بروز و وقوع آن در لقاح طبیعی نیست. در حقیقت تعداد بسیار محدودی از نقایص جنینی مادرزادی از تولد نوزادان ناشی از لقاح خارج رحمی، در جهان گزارش شده است. علیرغم آنکه، سن زنهایی که تحت درمان لقاح خارج رحمی قرار می‌گیرند (بطور متوسط ۳۵ سال)، به مراتب بیش از لقاح طبیعی است.

مطالعات متنوع نشان داده است که امکان تولد نوزادی با نقایص ژنتیکی در لقاح خارج رحمی بیش از بروز و وقوع آن در لقاح طبیعی نیست.

این در حالی است که امکان خطر بروز نقایص کروموزومی نظیر سندروم داون (Down's Syndrome) و نقایص دیگر کروموزومی در جمعیت نوزادانی که پس از ۳۵ سال بطور طبیعی متولد می‌شوند، به میزان $\frac{1}{300}$ بیشتر است. شاید علل و عواملی که سبب کاهش بروز نقایص جنینی در فرزندان حاصل از لقاح خارج رحمی می‌شود، بدین جهت باشد که لقاح خارج رحمی با احتیاط و مراقبت‌های بیشتری صورت می‌پذیرد و همچنین جنین‌های به مراتب بهتری برای انتقال انتخاب می‌شوند.

همچنین زوجهایی که تحت درمان ناباروری از طریق لقاح خارج رحمی قرار می‌گیرند، معمولاً به خوبی از

مراحل پیشرفت درمان و مراقبت‌های لازم آن مطلع شده‌اند و این زوجها بطور مرتب تحت مطالعه کامل وضعیت سلامت و پیشرفت حاملگی، به خصوص در اوایل حاملگی خود هستند. همچنین این افراد به مراتب بیشتر از افراد حامله در شرایط طبیعی، خود را برای بررسی و انجام آزمایشات مختلف و متنوع آماده می‌نمایند.

آنچه مشترکاً برای جنین‌های حاصل از لقاح طبیعی و یا لقاح خارج رحمی مورد نیاز است، قابلیت و توان زنده ماندن پس از لانه‌گزینی و همچنین تداوم رشد بعدی آن است.

آزمایشاتی از قبیل نمونه برداری از جفت، نمونه برداری از مایع آمنیوتیک، آزمایش آلفا فیتوپروتئین (alphafetoprotein) برای تشخیص و شناسایی جنین غیرطبیعی، که معمولاً این آزمایشات در حداقل زمان ممکن پس از باروری انجام می‌شود.

لذا برای این افراد، زمینه لازم و یا آمادگی کافی برای انجام درمان و یا ختم حاملگی در مواردی که جنین غیرطبیعی تشخیص داده می‌شود حاصل می‌گردد.

آنچه مشترکاً برای جنین‌های حاصل از لقاح طبیعی و یا لقاح خارج رحمی مورد نیاز است، قابلیت و توان زنده ماندن پس از لانه‌گزینی و همچنین تداوم رشد بعدی آن است. نتایج تولدهای ناشی از لقاح خارج رحمی، تولد تعداد به مراتب بیشتری از فرزندان دختر را نشان می‌دهد. اگر چه در لقاح طبیعی نیز، از نظر آماری کمی تمایل به سمت تولد نوزاد دختر وجود دارد. این شاید به این جهت باشد که جنین‌های دختر توانایی و قابلیت بیشتری را برای زنده ماندن نسبت به جنین‌های پسر دارند. ادامه دارد

خون آلت تناسلی را افزایش داده و موجب نعوظ می‌شود).

علت انزال معکوس، عدم انقباض مناسب عضله دریچه مثانه به پیشابراه در زمان اوج لذت جنسی و در نتیجه، حرکت به عقب مایع منی (به داخل مثانه) است.

— جراحی و ایجاد آلت تناسلی مصنوعی (برای ایجاد نعوظ مصنوعی)

— جراحی‌های میکروسکوپی برای مسدودکردن حوضچه‌های وریدی آلت تناسلی که از نعوظ آلت جلوگیری می‌کنند. (با توجه به اینکه ایجاد حوضچه‌های وریدی آلت، از نعوظ جلوگیری می‌کند. جراحی میکروسکوپی از درمان‌های دیگری است که جهت رفع این نقیصه استفاده می‌شود).

علاوه بر اینها به عنوان آخرین راه حل می‌توان از طریق استمنا، اسپرم‌ها را جمع‌آوری کرده و برای تلقیح مصنوعی به کار برد. میزان موفقیت در این حالت زیاد است چون معمولاً این بیماران مشکلات دیگری در سیستم باروری خود ندارند.

انزال معکوس

در این حالت مایع منی به جای خروج از آلت تناسلی به داخل مثانه می‌ریزد، در نتیجه در زمان رسیدن به اوج لذت جنسی مقدار خیلی کمی از مایع منی خارج خواهد شد (و یا حتی هیچ مایعی خارج نخواهد شد). در این حالت رنگ ادرار پس از نزدیکی جنسی، کدر خواهد بود. علت انزال معکوس، عدم انقباض مناسب عضله دریچه مثانه به پیشابراه در زمان اوج لذت جنسی و در نتیجه، حرکت به عقب مایع منی (به داخل مثانه) است. این مشکلات ممکن است ناشی از عمل جراحی پروستات، مولتیپل اسکلروز (MS)، آسیب نخاعی، دیابت، درمان دارویی فشارخون و یا اختلالات مادرزادی

در اطراف کیسه بیضه (حداقل ۲ تا ۳ بار در روز) قابل پیشگیری است.

عوامل شغلی مضر

مواد شیمیایی خطرناک مثل: فلزات سنگین، سرب، نیکل، جیوه، حشره‌کش‌ها، آفت‌کشها، مواد پتروشیمی، بنزین، گزین، گازهای بیهوشی و اشعه X از طریق اختلال در تقسیمات سلولی، بر هم‌زدن تعادل هورمونی و مهار تولید اسپرم‌ها، تأثیرات سوء خود را بجا می‌گذارند.

اختلالات انزال (خروج مایع منی)

تعدادی از مردان به حالت نعوظ (راست‌شدن آلت) نمی‌رسند (ناتوانی جنسی) و برخی دیگر، قادر به نعوظ کافی برای نفوذ به داخل واژن و ریختن منی به داخل آن نمی‌باشند. براساس یک نظریه قدیمی ۸۰٪ موارد ناتوانی جنسی، منشاء روانی داشته و با مشاوره و روان درمانی قابل علاج است. اما تحقیقات جدید، مؤید میزان کمتری است و ۵۰٪ موارد ناتوانی جنسی را ناشی از علل جسمی شامل عدم خون‌رسانی کافی به آلت تناسلی، دیابت، نقایص عصبی و اختلالات هورمونی می‌دانند.

چگونه پزشک به وجود مشکل جسمی شک می‌کند؟

با پرسیدن یک سؤال ساده از بیمار که آیا دچار خروج مایع منی در حالت خواب می‌شود یا نه؟

اگر پاسخ بیمار مثبت باشد، به احتمال خیلی زیاد مشکل روحی - روانی است و اختلال جسمی وجود ندارد.

راه دیگر انجام تست NPT (Nocturnal Penile Tumescence) یعنی بررسی نعوظ طبیعی شبانه و یا اندازه‌گیری جریان خون سرخرگ‌های آلت تناسلی بوسیله متدهای داپلر می‌باشد.

درمان‌هایی که توصیه می‌شود عبارتند از:

- مصرف ویاگرا (Viagra) = سیترات سیلدنافیل برای القاء نعوظ
- تزریق پاپاورین و پروستاگلاندین‌ها به داخل آلت تناسلی (این مواد جریان

سیری در دنیای علم



ناباروری مردان

افق‌های تشخیص و درمان

(۴)

دکتر هومن صدیقی اردکانی

در ادامه بحث گذشته، به بررسی سایر علل ایجاد ناباروری در مردان و راه‌های درمان آنها می‌پردازیم.

اثرات زیان‌آور گرما

بیضه‌ها در دمای طبیعی بدن قادر به ساخت اسپرم‌ها نیستند و به درجه حرارت کمتری نیاز دارند، بنابراین در خارج از بدن و در داخل کیسه بیضه (اسکروتوم) قرار گرفته‌اند که درجه حرارت آن ۰/۸ درجه سانتی‌گراد کمتر از بدن است. وقتی که کشاله ران به علت پوشیدن زیر شلواری‌های کوتاه تنگ، شلوار جین چسبیده یا لباس‌های نایلونی تحت فشار و گرما قرار می‌گیرد فرآیند اسپرم‌سازی دچار اختلال می‌گردد. (این مشکل با نشستن مکرر در وان آب گرم و سونا نیز تشدید می‌شود).

بیضه‌ها در دمای طبیعی بدن قادر به ساخت اسپرم‌ها نیستند و به درجه حرارت کمتری نیاز دارند، بنابراین در خارج از بدن و در داخل کیسه بیضه (اسکروتوم) قرار گرفته‌اند که درجه حرارت آن ۰/۸ درجه سانتی‌گراد کمتر از بدن است.

کارکردن در نانوائی، ریخته‌گری، موتورخانه و کارخانجاتی که فرد در زمانهای طولانی به طور ساکن با حرارت زیاد سر و کار دارد نیز ممکن است موجب کاهش تعداد اسپرم‌ها شود. این مشکلات با پوشیدن لباس‌های نخی و غیرتنگ و قرار دادن حوله‌های مرطوب و خنک

جواب: حدود ۶۰ روز طول می‌کشد تا اسپرم تولید شود و ۱۰ تا ۱۴ روز نیز طول می‌کشد تا از اپیدیدیم و ازدفران (مجاری که اسپرم ضمن عبور از آنها توان باروری پیدا می‌کند) عبور کند.

سؤال: چه مدت اسپرم در دستگاه تولیدمثل زنان زنده می‌ماند؟
جواب: بطور طبیعی ۲ تا ۴ ساعت اسپرم در واژن زنده می‌ماند ولی اسپرم متحرک تا ۱۶ ساعت بعد از نزدیکی نیز در واژن یافت شده است! عمر اسپرم در سرویکس، رحم و لوله‌ها متغیر است و بطور متوسط حدود ۳-۴ روز می‌باشد، ولی بطور نادر دیده شده که اسپرم در دستگاه تولیدمثل خانمها تا ۷ روز نیز قدرت باروری‌اش را حفظ کرده است.

خطرات 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 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.

ادامه داستان (قسمت دوم)

من خیلی خوش شانس بودم. پزشکی که من به او معرفی شدم یکی از معروفترین و بهترین پزشکان متخصص ناباروری شهرستان بود و آنقدر مریض داشت که دیگر مریض جدید قبول نمی‌کرد، ولی من چون از

روده) مرد قرار می‌دهند که به تدریج تحریکات الکتریکی را ایجاد نموده و موجب انزال می‌شود. در این حالت، طی ۵ دقیقه فرد دچار نعوظ و انزال می‌گردد. اسپرم بدست آمده (بر حسب نوع کیفیت) برای IUI، IVF یا ICSI استفاده می‌شود.

درمان زوج

اگر مرد، مبتلا به کمبود تعداد اسپرم باشد، درمان موفقی با روش‌های سنتی نخواهد داشت، امروزه معمولاً برای این افراد یکی از روش‌های نوین تولیدمثل کمکی (ART) توصیه می‌شود. با توجه به اینکه باروری نیازمند توان بالقوه زوجین می‌باشد، درمان زن به تنهایی و در حالی که مرد دچار مشکل است، فایده‌ای ندارد.

نتیجه‌گیری

درمان سنتی ناباروری به علت اشکال در مرد از میزان موفقیت کمی برخوردار است، این در حالی است که روش‌های نوین تولیدمثل کمکی (ART) همچون IVF و ICSI، انقلابی در درمان مردان نابارور ایجاد کرده و پیشرفت‌های چشمگیری در این زمینه صورت گرفته است.

پایان

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات مبهم در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشگره ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و 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: به طور معمول، تولید اسپرم چه مدت طول می‌کشد؟

باشد. راه ساده تشخیص انزال معکوس، بررسی ادرار از جهت وجود اسپرم پس از عمل انزال است که اگر در داخل ادرار، اسپرم یافت شود، تشخیص تأیید می‌گردد. انجام مقاربت با مثانه پر و در حالت ایستاده و همچنین مصرف برخی از داروها به بسته ماندن دریچه عضلانی مثانه به پیشابراه کمک می‌کنند.

اگر مرد، مبتلا به کمبود تعداد اسپرم باشد، درمان موفقی با روش‌های سنتی نخواهد داشت، امروزه معمولاً برای این افراد یکی از روش‌های نوین تولیدمثل کمکی (ART) توصیه می‌شود.

انجام عمل جراحی نیز امکان پذیر است، اما چندان موفقیت آمیز نیست. درمان مؤثر، جمع‌آوری اسپرم‌ها (از ادرار) و استفاده از آنها برای تلقیح مصنوعی است. برای این کار، فرد ابتدا ادرار کرده، سپس برای قلیایی شدن ادرار، سدیم بی‌کربنات خورده و بلافاصله پس از انزال، ادرار می‌کند. مراحل آماده‌سازی، بر روی اسپرم‌های داخل ادرار انجام شده و آنگاه برای لقاح مورد استفاده قرار می‌گیرند. معمولاً میزان بارداری حاصل از این اسپرم‌ها کم است، چون اغلب دارای کیفیت پایینی هستند و در این افراد بعضی از اوقات برای دستیابی به بارداری نیاز به انجام IVF می‌باشد.

عدم انزال

برخی از مردان دچار نعوظ می‌شوند اما خروج مایع منی (انزال) در آنها اتفاق نمی‌افتد. این حالت شایع نیست و اغلب نیز به خوبی تشخیص داده نمی‌شود. مشکل بیشتر این مردان با آموزش استفاده از یک نوع لرزانک (Vibrator) برای تحریک ایجاد انزال حل می‌شود.

القاء الکتریکی انزال برای مبتلایان به ضایعات نخاعی

در بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی که توانایی انزال ندارند، وسیله‌ای میله‌ای شکل (Probe) را تحت بی‌هوشی عمومی در داخل بخش انتهایی روده (راست)

اخبار علمی برگزیده



به دلایلی متعدد استعمال سیگار در دوران حاملگی با چاقی کودکان در ارتباط است

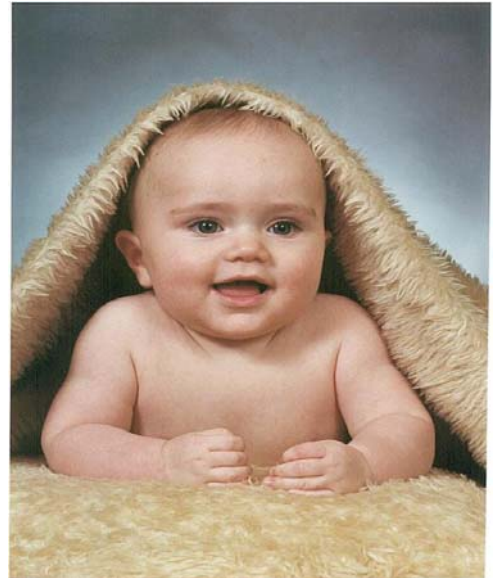
استعمال سیگار در حاملگی خطرناک است و معمولاً وزن نوزادان مادران سیگاری هنگام تولد از حد استاندارد کمتر می‌باشد. بر اساس یک مطالعه جدید نشان داده شده است که بچه‌هائیکه مادرانشان در دوران حاملگی سیگار می‌کشیدند، احتمال چاقی در آنها نسبت به سایر خردسالان و نوجوانان بیشتر می‌باشد. بر اساس مطالعات دکتر Rudiger Von Kries از دانشگاه Ludwlg Maximilian در مونیخ آلمان این یافته‌ها دلیل دیگری است برای مادران آینده که عادت سیگار کشیدن را کنار بگذارند.

Von kries می‌گوید زنانیکه احتمال حاملگی در آنها وجود دارد بایستی سیگار کشیدن را ترک کنند، نه تنها به دلیل خطرات ثابت شده از قبیل مرگ و میر جنینی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد و آسم کودکی بلکه با این مطالعه جدید، به دلیل کاهش خطر چاقی در آینده برای این متولدین.

یافته‌های دکتر Von kries بر اساس بررسی اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌های بهداشتی (که هنگام ورود کودک به مدرسه اخذ می‌گردد) بین سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ در میان ۶۴۸۳ کودک آلمانی که توسط مادر، پدر و یا هر دو تکمیل شده بود، پایه‌ریزی شده است. این محققین در نشریه ۱۵ نوامبر American Journal of Epidemiology گزارش کردند که در این مطالعه در کل، ۶۳۸ مادر در طول حاملگی سیگار می‌کشیدند که میزان چاقی بچه‌های این مادران ۲ برابر و افزایش وزن آنها نسبت به بچه‌های مادران غیرسیگاری ۴۳٪

تخمک‌گذاری انجام گردد. معمولاً فاصله زمانی بین نزدیکی و انجام آزمایش ۴ الی ۱۸ ساعت (بطور متوسط ۶ ساعت) می‌باشد. در این آزمایش معمولاً پزشک کیفیت و میزان ترشحات دهانه رحم و تعداد و درصد حرکت اسپرم‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. آزمایش انجام گرفت و جواب آن نیز خوب بود. دکتر پیشنهاد داد که بهتر است با یک جراحی تشخیصی، رحم و ضمیمه آن را بطور مستقیم از طریق لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ مورد بررسی قرار دهیم. لاپاراسکوپ تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود. در این روش پزشک از طریق دو برش جراحی کوچک در زیر ناف و پایین‌تر از ناف ابزار مخصوصی را وارد حفره شکم بیمار کرده و از این طریق، اطراف رحم، لوله‌های رحم، تخمدانها و حفره لگن را مستقیماً مورد بررسی قرار می‌دهد. این روش می‌تواند به تشخیص اسکار (زخم) و اندومتریوز که می‌تواند با باروری طبیعی تداخل ایجاد کند، کمک کند. هیستروسکوپ به پزشک این توانایی را می‌دهد که با وارد کردن ابزار مخصوصی به داخل رحم، حفره رحم را مورد بررسی مستقیم قرار دهد. من هرگز در رابطه با عمل جراحی، دکتر و بیمارستان آدم حساس و کم دلی نبودم. بنابراین وقتی دکتر پیشنهاد این جراحی را داد بدون هیچ ترس و اضطرابی اعلام آمادگی کردم. عمل انجام گرفت و در لاپاراسکوپ مشخص شد که مبتلا به اندومتریوز (وجود بافت داخلی رحم در خارج از رحم) می‌باشم. در هر دو تخمدان و حفره شکم وجود بافت اندومتر مشهود بود. دکتر تمام این بافتهای نابجا را برداشت و دهانه لوله‌های رحمی نیز که تنگ شده بود نیز گشاد کرد. قدم بعدی تلاش بود، تلاش و تلاش برای بارداری، بارداری طبیعی.....

ادامه دارد



طرف پزشک معالجم معرفی شده بودم برای پذیرش مشکلی نداشتم. در اولین جلسه مشاوره، دکتر پس از صحبت با من و گرفتن شرح حال، پرونده پزشکی‌ام را (جواب عکس و آزمایشات، درمانهای انجام شده و ...) را دقیقاً مورد بررسی قرار داد. او ابتدا نظرش را در مورد عکس رنگی رحم و لوله‌هایم ابراز کرد. او متوجه شده بود که یک مقدار ماده حاجب در لوله‌ها باقی مانده که نشان دهنده این مسئله می‌تواند باشد که ممکن است لوله‌ها کاملاً باز نباشد. او سپس یک معاینه لگنی دقیق انجام داد و یک آزمایش نمونه برداری از ترشحات دهانه رحم (pap smear) و اندومتر رحم (بیوپسی اندومتر) درخواست نمود. جواب هر دو آزمایش طبیعی بود. قدم بعدی، آزمایش بعد از نزدیکی (PCT) بود. PCT یک ارزیابی اولیه برای بررسی حیات اسپرم در موکوس سرویکس می‌باشد. در بعضی مواقع در ترشحات دهانه رحم خانم، بر علیه اسپرم شوهرشان آنتی‌بادی موجود است که این آنتی‌بادیهای ضداسپرم باعث از بین رفتن اسپرمها می‌شوند. برای انجام این آزمایشات به زوج توصیه می‌شود که تا ۴۸ ساعت قبل از آزمایش نزدیکی نداشته باشند و در این مدت نیز از هیچ نوع ماده شستشوی واژن یا نرم کننده استفاده نکنند. آزمایش PCT بهتر است تا آنجا که امکان دارد نزدیک به روز

از بیمارستانهای شهرستان زنجان را مورد رسیدگی قرار داد و مشخص شد مادر پنجاه ساله این نوزاد خیالی، هیچ فرزندی را بدنیا نیاورده است. براساس دلایل و موارد متعدد پزشکی، زن مورد بحث... ۵۰ ساله، نازا می‌باشد و تا کنون هیچ فرزندی به دنیا نیاورده و حتی به نوزادی تا کنون شیر نداده است.

(روزنامه ایران، ۸۱/۸/۷)

این مطلب را از آنجا در نشریه چاپ نمودیم تا بر بحران عاطفی این زن، تأکید نماییم و متذکر شویم که مسئله ناباروری را نباید تنها از دید یک مشکل پزشکی مورد بررسی قرار دهیم، بلکه توجه به مسائل روانشناختی و عاطفی مسئله نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است و چه بسا توجه به این مسائل راه درمان را بسیار کوتاه نموده و از عوارض و پیامدهای اجتماعی این مشکل در افراد دچار این مشکل ناباروری بکاهد. زنی که به جهت ناباروری، در اوج آرزوی داشتن یک فرزند، خود را دارای آن دانسته و در تخیلات خود او را در بند و حتی «گروگان» بیمارستان دیده و حق خود دانسته تا به مسئولین کشور مراجعه کرده و از مسئولین کادر بیمارستان شکایت نماید.

«پس از ۲۷ سال سرانجام به آرزویم که همانا بچه‌دار شدن بود، دست یافتم، اما چه سود که تا کنون فرزندم به کانون خانه بازنگشته است...»

اطلاعات دارویی



مصرف داروها در طی حاملگی

(۵)

دکتر افسانه محمدزاده

پس از شرح تغییرات جذب و دفع داروها در دوران حاملگی در شماره‌های قبل، در این شماره به بحث پیرامون مصرف آنتی‌بیوتیکها در این دوران می‌پردازیم.

از دست‌اندرکاران بیمارستان می‌ساخت، و همه را از توجه به اصل ماجرا منحرف می‌کرد، قضیه دیگری وجود داشت. ماجرا از آنجا آغاز شد که یکی از نمایندگان مجلس با ارسال نامه‌ای به وزیر بهداشت، خواستار ترخیص یک نوزاد بیجاری از بیمارستان ولیعصر زنجان شد که ادعا کرده بود: «بعلت ناتوانی پدرش در پرداخت وجه بیمارستان، ۱۵ ماه در بیمارستان مانده است». در این نامه، نماینده بیجار تصریح کرده بود: «فردی از اهالی شهرستان بیجار طی نامه‌ای خطاب به رئیس جمهور محترم اعلام داشته، پس از ۲۲ سال صاحب فرزند پسری شده‌اند... ولی به علت عجز از پرداخت مبلغ یکصد هزار تومان، مسئولان بیمارستان از تحویل طفل امتناع می‌کنند». وی در نامه خود این اقدام را «نوعی گروگان‌گیری» توصیف کرده بود.

(روزنامه جمهوری اسلامی ۸۱/۶/۴)

مادر این نوزاد طی مصاحبه‌ای گفته بود: «پس از ۲۷ سال سرانجام به آرزویم که همانا بچه‌دار شدن بود، دست یافتم. اما چه سود که تا کنون فرزندم به کانون خانه بازنگشته است... به شورای شهر بیجار مراجعه کردم که آقای... یکی از اعضای آن... گفت: «برای آنکه بتوانی به درخواست خود دستیابی باید به میدان انقلاب تهران رفته و در آنجا پس از داد و فریاد و جمع شدن خبرنگاران، درد خود را بازگویی تا شاید درمان شود».

(روزنامه جوان ۸۱/۶/۴)

در این میان، تکذیب این خبر از جانب برخی مسئولین و متعاقب آن پافشاری برخی دیگر مبنی بر اینکه کودک در حال حاضر به مجتمع بهزیستی سپرده شده و مادر او هفته‌ای یکبار اجازه دیدن کودک خود را دارد، اصل ماجرا در روزنامه ایران مشخص شد:

«زن بیجاری که ادعا می‌کرد نوزادش ۱۷ ماه در بیمارستان به گروگان گرفته شده است، نازا از آب درآمد. دادگستری استان زنجان با دستور ویژه دادستان کل کشور، پرونده گروگان‌گیری نوزاد ۱۷ ماهه در یکی

بود. محققین گزارش کرده‌اند که احتمال چاقی و وزن بالای بچه‌ها با تعداد سیگاری که مادرانشان در طول حاملگی کشیده‌اند افزایش می‌یابد. علاوه بر این اثر سیگار کشیدن مادر در طول حاملگی بر روی خطر چاقی و وزن بالا، مشابه اثر تماشای مکرر تلویزیون و خوردن تنقلات حین تماشای تلویزیون و بازیهای ویدئویی است. حتی زمانیکه این محققین سایر فاکتورهای مؤثر بر چاقی خردسالان مثل سطح تحصیلات والدین و مصرف یا عدم مصرف شیر مادر در دوران نوزادی را در نظر گرفتند باز ارتباط سیگار و چاقی باقی ماند. علت این ارتباط ناشناخته است ولی محققین حدس می‌زنند یک توضیح این باشد که نیکوتین روی مغز کودک در دوران جنینی، اثر سوء می‌گذارد که نتیجه آن، مشکلات بعدی در رابطه با کنترل اشتها که مرکز آن در مغز است، می‌باشد.

دانستنی های باروری



معمای نوزاد در بند و زن نازا

در این شماره به جای خبر علمی، خوانندگان گرامی خبری را می‌خوانند که برگرفته از یک ماجرای واقعی است و از دل دردمند و مشتاق مادرشدن، حکایت می‌کند.

چندی پیش، ماجرای نوزاد بیجاری که ۱۷ ماه تمام در گروگان بیمارستان ولیعصر زنجان به سر می‌برد، موضوع جنجالی و تیترو اول اغلب روزنامه‌های صبح و عصر ایران شد و بحث و جدالهای سیاسی بسیاری را برانگیخت. ولی جالب آنکه در پس این هاله سیاسی که متأسفانه پیرامون این ماجرا را در برگرفته بود، عشق مادری که در نظر اول همه را دگرگون و عصبی و متعاقباً متنفر

سولفونامیدها اغلب برای درمان عفونت‌های ادراری در طی حاملگی مصرف می‌شوند، در ۱۴۵۵ نوزاد که در طی سه ماه اول دوران جنینی خود در معرض تماس با سولفونامیدها بوده‌اند، اثرات ناهنجاری مادرزادی دیده نشد.

تجویز سولفونامیدها در زنانیکه دچار کمبود آنزیم گلوکز-۶ - فسفات دهیدروژناز می‌باشند ممنوع است. واکنش سمی وابسته به میزان دارو، در این افراد ممکن است دیده شده و باعث همولیز گلبولهای قرمز خون گردد.

مصرف سولفونامیدها، به جنین در رحم آسیب نمی‌رسانند زیرا بیلی‌روبین تولید شده در جنین بدلیل همولیز گلبولهای قرمز، سریعاً از جفت عبور می‌کند. ولی اگر در خون نوزاد پس از تولد باقی بماند می‌تواند عوارض جانبی داشته باشد. سولفونامیدها برای اتصال به آلبومین با بیلی‌روبین رقابت می‌کنند و منجر به افزایش سطوح بیلی‌روبین آزاد در خون و افزایش خطر کرن‌ایکتروس در نوزاد می‌شوند. به همین دلیل در سه ماه سوم حاملگی از این داروها استفاده نمی‌شود. به هر حال، در مواردیکه دارو پس از تولد نوزاد به وی داده شود، تا کنون ابتلا به کرن‌ایکتروس گزارش نشده است.

شیردهی

سولفونامیدها به میزان کم در شیر مادر ترشح می‌شوند. نسبت میزان آن در شیر به سرم تقریباً ۰/۵ می‌باشد. میزان سولفونامید در سرم نوزاد بسیار کم است و اصلاً سمی نمی‌باشد. بنابراین در طی مصرف این داروها، شیردهی ادامه می‌یابد و قطع نمی‌شود. اگر چه در صورت مصرف این دارو در مادران شیرده، اصلاً نمی‌توانیم در هیچ نمونه شیر، دارو را کشف کنیم، در طی ۵ روز اول زندگی نوزاد یا نوزادان نارس که افزایش سطوح بیلی‌روبین مسئله‌ساز است بهتر است سولفونامیدها مصرف نشوند.

نیترو فورانتوئین

از این خطرات است. هنگامیکه این داروها به منظور درمان عفونت پستان یا سایر عفونت‌ها در مادر به کار می‌رود، شیردهی می‌بایست ادامه یابد. آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین در مقادیر کم بداخل شیر ترشح می‌شوند.

سفالوسپورین‌ها

آنتی‌بیوتیک‌ها بطور وسیع در طی حاملگی مصرف می‌شوند. بدلیل وجود عوارض جانبی بالقوه برای مادر و جنین، فقط در مواردیکه مصرف آنها ضروری است باید تجویز گردد.

مصرف سفالوسپورینها در حیطه مامایی بسیار وسیع است. این دسته داروها بعنوان آنتی‌بیوتیک‌های پیشگیری کننده در سزارین و در درمان سقط عفونی، عفونت کلیه و عفونت مایع آمنیون، بکار می‌روند ولی در طی سه ماه اول حاملگی مطالعات دقیقی روی آنها انجام نشده است. در یک مطالعه روی ۵۰۰۰ زن، احتمال ناهنجاریهای مادرزادی ۲۵٪ در مصرف بعضی از انواع سفالوسپورین‌ها مانند سفالکسین دیده شده است. این مسئله در مورد سایر سفالوسپورینها دیده نشد. بدلیل اینکه سایر آنتی‌بیوتیک‌ها مثل پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین، آموکسی‌سیلین و اریترومایسین بطور گسترده استفاده شده و خطر نقایص مادرزادی افزایش نداشته‌اند، این داروها اولین خط درمانی در سه ماه اول حاملگی می‌باشند.

شیردهی

سفالوسپورینها در شیر مادر به مقدار کمی ترشح می‌شوند. اگر چه این مقدار مشابه غلظت پنی‌سیلین‌ها می‌باشند، فواید تداوم شیردهی مادر در طی درمان به خطرات مصرف آن به وضوح برتری دارد.

سولفونامیدها

مصرف آنتی‌بیوتیکها در طی حاملگی و شیردهی آنتی‌بیوتیک‌ها بطور وسیع در طی حاملگی مصرف می‌شوند. بدلیل وجود عوارض جانبی بالقوه برای مادر و جنین، فقط در مواردیکه مصرف آنها ضروری است باید تجویز گردد.

پنی‌سیلین‌ها

پنی‌سیلین بطور کلی برای زن حامله و جنین او بدون خطر می‌باشد. پنی‌سیلین آنتی‌بیوتیک انتخابی در درمان عفونت‌های باکتریال خطرناک مثل سیفیلیس می‌باشد. آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین پر مصرف‌ترین داروها، در درمان عفونت‌های تنفسی و ادراری در طی حاملگی می‌باشند. عوارض جانبی شامل: تهوع، درد اپی‌گاستر (سردل)، اسهال و عفونت قارچی دستگاه تناسلی است.

پیش از درمان، مهم است که مطمئن شویم بیمار به پنی‌سیلین حساسیت ندارد. شدت واکنش حساسیت به آن، از راش خفیف (بثورات قرمز پوستی خفیف) تا شوک حساسیتی متغیر است. شواهدی وجود ندارد که پنی‌سیلین و یا مشتقات آن ناهنجاری مادرزادی ایجاد کند. در بررسی که بر روی ۳۵۴۶ مادر که در سه ماهه اول بارداری مشتقات پنی‌سیلین گرفته بودند انجام گرفته است، خطر ناهنجاری افزایش نداشت. در ۸۶ زنی که dicloxacillin (دیکلوکساسیلین) در سه ماه اول گرفته بودند، نقایص هنگام تولد افزایش نداشت.

شیردهی

پنی‌سیلین G در مقادیر کم به داخل شیر ترشح می‌شود. اگر چه عارضه جانبی ندارد ولی از نظر تئوری ۳ مشکل ممکن است در نوزاد دیده شود:

۱- تغییر در فلور روده (ایجاد اسهال، عفونت‌های قارچی)، ۲- واکنش‌های حساسیتی، ۳- تداخل، با نتایج کشت‌های انجام شده در نوزاد.

فواید تداوم شیردهی معمولاً بیشتر

است، تصدیق روسی ۴- عفونت گوش میانی، نقاش و رسم‌کننده ۵- سخن‌چین، دو یار جدانشدنی، خوراکی از گوشت ۶- دشمن زائو، ذره‌بین وارونه، جهت معکوس ۷- بیماری بدون علت ظاهر و نمایان، اذان‌گوی حبشی ۸- یار، از طایفه بنی‌امیه ۹- میز سربریده، رفیق نارفیق ۱۰- فرآیند تولید سلول جنسی ۱۱- عدسی مقعر، راه افتاده و مسافر ۱۲- جدید، دانه خوشبو، به معنای لاغری است.



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
ت	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک
ا	و	ا	م	ی	س	ی	ت	ا	ت	ا	ک

زیرا فقط منحصر به زنان حامله نبوده و با ختم حاملگی بیماری قابل برگشت نمی‌باشد.

تماس در سه ماه اول با تتراسیکلین خطر ناهنجاری مادرزادی ندارد.

شیردهی

تتراسیکلین بداخل شیر در مقادیر کم ترشح می‌شود. تتراسیکلین در خون نوزادان شیرخوار قابل اندازه‌گیری نمی‌باشد و تأخیر رشد استخوان در صورت مصرف این دارو توسط مادر دیده نشده است.

جدول



افقی

۱- سندرم ترنر مردان، بیماری کم‌کاری غده فوق کلیوی ۲- بیماری کمبود رنگدانه در پوست، ضمیر سوم شخص مفرد ۳- نشانه مفعول بی‌واسطه، از استخوانهای پاشنه پا، تهوع ۴- از عناصر شیمیایی لازم در استخوان‌سازی، زشت و نازبیا ۵- خالکوبی است اگر وارونه بخوانید، حرف انتخاب، آرزو ۶- وسیله‌ای برای روشن کردن ماشین ۷- قاعدگی طولانی ۸- شکر و حمد، کلمه و لغت ۹- از میوه‌های بهشتی، به افراد ناتوان و ضعیف گفته می‌شود ۱۰- صدمتر مربع، تمایل داشتن، گنج بی‌میانه ۱۱- جوانمرد، کنایه از مطبوع و لذیذ، حرف همراهی ۱۲- بیرون‌زدگی قسمتی از مغز از جمجمه، موش صحرایی

۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

عمودی

۱- گیجی و خواب‌آلودگی ناشی از داروهای مخدر، رود مرزی ۲- انجام کار خود را به دیگری واگذاشتن، امضای دولتی ۳- جنس خشن، همان ساروان

نیتروفوران‌توئین داروی ضد میکروبی است که در درمان عفونت‌های ساده مجاری ادراری و یا به منظور سرکوب طولانی مدت باکتریوری (حضور باکتری در ادرار) مزمن استفاده می‌شود. در بیمارانی که کمبود آنزیم گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز دارند، مصرف نیتروفوران‌توئین ایجاد کم‌خونی (بدلیل لیز شدن گلبول‌های قرمز) می‌کند. حتی در صورت مصرف در سه ماه اول، تا کنون موردی از نقایص مادرزادی با مصرف این دارو گزارش نشده است.

شیردهی

نیتروفوران‌توئین در شیر در مقادیر کم ترشح می‌شود. در ۲۰ زن که دوز صد میلی‌گرم ۴ بار در روز دریافت داشته‌اند، سطح دارو در شیر قابل اندازه‌گیری نبود.

تتراسیکلین

تتراسیکلین به راحتی از جفت می‌گذرد و در دندان‌ها و استخوان‌های در حال شکل‌گیری بطور محکم به کلسیم متصل می‌گردد و منجر به قهوه‌ای رنگ شدن دندانها شده و رشد استخوان را مهار کرده و ناهنجاری اسکلتی ایجاد می‌کند. تغییر رنگ دندانها به قهوه‌ای یا زرد در سه ماهه دوم یا سوم حاملگی پس از ۲۴ هفتهگی ایجاد می‌شود. مهار رشد استخوانها بخصوص در نوزادان نارسایی که با تتراسیکلین درمان شده‌اند دیده می‌شود. در صورت مصرف دارو در سه ماه دوم مهار رشد استخوان نازک ساق پا در حدود ۴۰٪ دیده شده ولی با قطع دارو قابل برگشت می‌باشد. در طی حاملگی توصیه می‌شود به جای آن از سایر آنتی‌بیوتیک‌های جانشین استفاده گردد.

سمیت کبدی در زنان حامله درمان شده با دوز بالای داخل وریدی دیده شده است. این عارضه بدلیل دوز بالا بوده و در مقادیر درمانی، دیده نشده است. مسمومیت کبدی با تتراسیکلین از کبد چرب حاملگی متفاوت است

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه: دکتر محمدرضا

صادقی، دکتر هومن صدری اردکانی، دکتر معرفت

غفاری، دکتر سهیلا عارفی، شمیمه اسکندری

همکاران اجرایی:

ناصر رحیمی، معصومه عباسی مقدم، ابوالفضل

علیزاده

طراحی روی جلد: حسن خطائیان

گستره توزیع: سراسر کشور

ترتیب انتشار: ماهانه

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

بلوار، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۱۱ فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: journals@avesina.org

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