

روش‌هایی که یک مرکز موفق باروری آزمایشگاهی بایستی جهت رفع نیازهای روحی بیماران استفاده نماید، ارائه خواهد شد.

پس از اعلام تصمیم تیم برای درمان، زوج بایستی تحت یک آماده‌سازی و آگاه‌سازی کامل قرار گیرند. این موارد شامل توضیحات مربوط به نحوه درمان، شرایط روحی، احساسی، جسمی و توان مالی مورد نیاز برای قرار گرفتن در یک دوره درمان لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) می‌باشد.

۱- موافقت زوج برای شروع مراحل درمان باروری آزمایشگاهی
قبل از پذیرش زوج جهت درمان لقاح خارج رحمی، بایستی یک بررسی کامل و دقیق از علت ناباروری زوج بعمل آید. این بررسی معمولاً توسط پزشکان متخصص باروری و ناباروری انجام می‌شود تا امکان دقیق درمان‌های قابل پیش‌بینی مشخص شود. در این ارتباط زوج بایستی کلیه مدارک پزشکی خود را برای بررسی نحوه درمان ارائه دهد. در بررسی‌های اولیه زوج، سوابق و تاریخچه ناباروری فرد مورد بررسی قرار گرفته و از وضعیت ناباروری در فامیل او نیز سؤال خواهد شد. زوج باید به پاسخ‌گویی صریح به سؤالات و عادت‌های شخصی خود تشویق شود. این موارد شامل ارتباطات جنسی، استفاده از داروهای مخدر، مصرف الکل، سیگار، روش‌های زندگی عادی و بقیه عواملی است که سبب بروز ناباروری می‌شوند. در بسیاری از مراکز لقاح خارج رحمی، جزئیات رفتارهای روحی و روانی افراد نیز مورد سؤال و بررسی قرار می‌گیرد. پس از بررسی کامل تاریخچه و سوابق پزشکی ارائه شده توسط زوج و انجام معاینات بالینی و تکمیل تشخیص‌های آزمایشگاهی، تیم پزشکی شامل

برنامه‌ریزی دقیق زمان‌بندی انجام شود. بهترین زمان‌بندی و برنامه‌ریزی به گونه‌ای است که تقلیدی از سیکل باروری طبیعی صورت پذیرد. هر کدام از پنج مرحله فوق در یک دوره درمانی باروری آزمایشگاهی به منظور رفع یکی از موانعی است که زوج بایستی قبل از رسیدن به مرحله بعدی بر آن فائق آید. سیکل و یا دوره درمانی، اشاره به سیکل و دوره قاعدگی (پریود) دارد که یک روند باروری آزمایشگاهی (IVF) در آن دوره شکل می‌گیرد. گاهی زوج با موفقیت یکی از موانع را پشت سر گذاشته ولی موفق به فائق آمدن بر مانع بعدی نمی‌شود. در این گونه موارد معمولاً سیکل درمان متوقف شده و زوج بایستی سیکل درمانی جدید را مجدداً آغاز نماید.

یک مرکز موفق و جامع لقاح خارج رحمی بایستی پاسخگوی کامل در رفع نیازهای روحی زوج و شریک واقعی درمان زوج باشد.

البته زوجها بایستی به این نکته توجه نمایند که بدن زن نیازمند حداقل دو ماه آرامش برای شروع درمان بعدی است. بطور کلی شانس یک زوج جهت موفقیت در باروری آزمایشگاهی و یا لقاح خارج رحمی در شرایطی افزایش می‌یابد که آنها قادر باشند هر مرحله از مراحل پنجگانه فوق را یکی پس از دیگری پشت سرگذارند. در این گفتار توضیحات مربوط به انواع باروری آزمایشگاهی (IVF) به گونه‌ای ارائه می‌شود که یک دید کلی از مشکلات روحی، فکری را که زوج در دوره درمان ناباروری خود با آن مواجه می‌شود، ارائه دهد. یک مرکز موفق و جامع لقاح خارج رحمی بایستی پاسخگوی کامل در رفع نیازهای روحی زوج و شریک واقعی درمان زوج باشد. در این ارتباط برخی از

بنام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی»

(۱)

دکتر محمدمهدی آخوندی همانگونه که میدانیم، تحقق باروری طبیعی با آزاد شدن تخمک در هر سیکل قاعدگی و ترکیب شدن آن با اسپرم بالغ و سالم مرد در لوله‌های فالوپ ناحیه تناسلی زن و انتقال جنین حاصل به رحم از طریق لوله‌های فالوپ و سپس جایگزینی در رحم شکل می‌گیرد. در صورت عدم وجود و یا نقص در هر یک از ملزومات این مکانیسم به ظاهر ساده، شکل‌گیری حاملگی با مشکل اساسی مواجه می‌شود. زوج برای رفع موانع پیش‌روی باروری خود ملزم به استفاده از روش‌هایی هستند که جایگزین مشکلات آناتومیک (ساختمانی) و یا فیزیولوژیک باروری خود شود. لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) به میزان چشمگیری توانسته است نقائص زوج در باروری طبیعی را بر پایه روش‌های مشابهی بر مبنای مراحل زیر جبران نماید:

اصولاً بکارگیری هر نوع از سیکل درمان لقاح خارج رحمی و یا باروری آزمایشگاهی (IVF) بایستی بر اساس برنامه‌ریزی دقیق زمان‌بندی انجام شود.

۱- آماده‌شدن زوج برای درمان،
۲- تحریک تخمک‌گذاری،
۳- جمع‌آوری تخمک‌ها، ۴- لقاح
آزمایشگاهی، ۵- انتقال جنین‌های حاصل به رحم
اصولاً بکارگیری هر نوع از سیکل درمان لقاح خارج رحمی و یا باروری آزمایشگاهی (IVF) بایستی بر اساس

ممکن است آن را از ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم تعدیل کند. این دارو نبایستی بیش از یکبار در روز مصرف شود.

تستوسترون خوراکی در مردانی که تستوسترون آنها پایین است می‌تواند اختلال نعوظ را کاهش دهد. همچنین بیماران با مصرف دو داروی دیگر (ترازدون و یوهمبین) احساس رضایت و بهبودی نسبی را بیان می‌کنند اما بررسی‌های علمی، تأثیر این داروها را در بهبود اختلال نعوظ، ثابت نکردند و بهبودی مشاهده شده متعاقب مصرف آنها ممکن است تلقینی باشد. بیماران زیادی با تزریق دارو داخل آلت تناسلی و در نتیجه پرخونی آلت نعوظ پیدا می‌کنند. این داروها شامل پاپاورین، فنتولامین و آلپروستادیل می‌باشند. از جمله عوارض جانبی این روش درمانی می‌توان به نعوظ طولانی مدت و فیبروز آلت تناسلی اشاره کرد. گاهی با مالیدن نیتروگلیسرین به سطح آلت تناسلی نعوظ افزایش پیدا می‌کند. برای استفاده از آلپروستادیل در داخل پیشابراه، ابزار خاصی نیاز می‌باشد.

پزشکان با تجربه، اختلال نعوظی را که علت آن روانی باشد با روشهای کاهش‌دهنده اضطراب به هنگام نزدیکی جنسی درمان می‌کنند.

این وسیله از طریق نوک آلت به میزان کمی داخل پیشابراه قرار می‌گیرد و با بکاربردن آلپروستادیل بدین روش، ۱۰-۸ دقیقه بعد، نعوظ شروع و ممکن است ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ادامه یابد. بیشترین عوارض جانبی این دارو درد آلت و بیضه‌ها، گرمی و احساس سوزش در پیشابراه، قرمزی آلت و خونریزی اندک از پیشابراه می‌باشد. تحقیقات بر روی داروهایی که در درمان اختلال نعوظ بکار می‌روند، سریعاً در حال گسترش است. بیماران بایستی از پزشک

شود و در صورت عدم موفقیت، به درمانهای پیچیده‌تر متوسل شد.

اکثر پزشکان بر این امر عقیده دارند که ابتدا باید درمانهای ساده شروع شود و در صورت عدم موفقیت، به درمانهای پیچیده‌تر متوسل شد.

اگر بخواهیم روشهای درمان را به صورت مرحله به مرحله بیان کنیم، ابتدا باید داروهایی که اثر تضعیف‌کننده بر نعوظ دارند قطع، یا در صورت عدم امکان قطع، جایگزین شوند، مرحله بعد روان‌درمانی و تغییرات رفتاری بوده، سپس مصرف داروهای خوراکی و در صورت ادامه مشکل داروهای تزریقی داخل آلت و در نهایت عمل جراحی برای گذاشتن پروتز انجام شود. به ندرت جراحی روی سیاهرگها و سرخرگهای آلت تناسلی نیاز می‌شود.

روان‌درمانی

پزشکان با تجربه، اختلال نعوظی را که علت آن روانی باشد با روشهای کاهش‌دهنده اضطراب به هنگام نزدیکی جنسی درمان می‌کنند. همسر بیمار در این زمینه می‌تواند خیلی کمک‌کننده باشد. چنین روشهایی همچنین می‌توانند در تسکین اضطراب ناشی از علل جسمی ناتوانی جنسی در حال درمان نیز کمک‌کننده باشند.

دارو درمانی

داروهایی که برای درمان اختلال نعوظ بکار می‌روند می‌توانند بصورت خوراکی، تزریقی داخل آلت یا در داخل پیشابراه بکار روند. اجازه تجویز داروی ویاگرا که اولین قرص خوراکی برای درمان اختلال نعوظ می‌باشد، حدود ۵ سال پیش در آمریکا داده شد. مصرف آن یک ساعت قبل از فعالیت جنسی باعث افزایش جریان خون آلت تناسلی می‌شود. بدین ترتیب پاسخ به تحریک جنسی را بهبود می‌بخشد. دوز (میزان) توصیه شده ۵۰ میلی‌گرم بوده و پزشک بسته به نیازهای بیمار

متخصص باروری زنان، متخصص باروری مردان و جنین‌شناس در مورد انتخاب بهترین روش درمانی تصمیم‌گیری می‌نماید. پس از اعلام تصمیم تیم برای درمان، زوج بایستی تحت یک آماده‌سازی و آگاه‌سازی کامل قرار گیرند. این موارد شامل توضیحات مربوط به نحوه درمان، شرایط روحی، احساسی، جسمی و توان مالی مورد نیاز برای قرارگرفتن در یک دوره درمان لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) می‌باشد. این آگاه‌سازی‌ها می‌تواند توسط نامه، جزوات چاپ شده و یا برقراری تماس تلفنی با زوج انجام شود. در صورتی که امکان حضور زوجین در کلینیک ناباروری وجود دارد، بایستی کلیه موارد بصورت رو در رو به اطلاع زوجین برسد. در برخی از مراکز درمان ناباروری، زوج بایستی برای انجام همه موارد درمان، حتی تزریقات روزانه مربوط به تحریک تخمک‌گذاری به مرکز درمان ناباروری مراجعه نمایند.

ادامه دارد

سیری در دنیای علم



ناتوانی جنسی

(۲)

دکتر ناصر امیرجنتی

در شماره قبل به تعریف اختلال نعوظ و چگونگی ایجاد شدن آن اشاره شد. سپس به عوامل دخیل در این زمینه شامل فاکتورهای جسمی و روانی پرداخته شد. راههای تشخیص اختلال نعوظ مشتمل بر تاریخچه، معاینه فیزیکی، تست‌های آزمایشگاهی و مصاحبه روانی-اجتماعی با بیمار بحث گردید. در این شماره به روشهای مختلف درمان این اختلال اشاره می‌شود.

چگونه اختلال نعوظ درمان می‌شود؟ اکثر پزشکان بر این امر عقیده دارند که ابتدا باید درمانهای ساده شروع

معالج خود در مورد آخرین پیشرفتهای سؤال نمایند.

پروتز آلت تناسلی می‌تواند نعوظ را در بسیاری از مردان برقرار کند. مشکلات احتمالی همراه با پروتز شامل عفونت و اشکالات مکانیکی خود پروتز می‌باشد، که این مسئله در سالهای اخیر بعلاقت پیشرفت تکنولوژی کاهش یافته است.

دستگاه مکش یا واکيوم

این دستگاه با مکش خون بداخل آلت تناسلی، باعث بزرگی و بدنبال آن نعوظ آلت می‌شود. این دستگاه که با دستور پزشک و توسط بیمار خریداری می‌شود، سه جزء دارد. یک سیلندر پلاستیکی که آلت داخل آن قرار می‌گیرد، یک پمپ شبیه یک سرنگ ۵۰ میلی‌لیتری که هوا را از سیلندر خارج می‌کند و یک حلقه لاستیکی که در قاعده آلت تناسلی قرار گرفته تا بوسیله جلوگیری از جریان خون بداخل بدن، نعوظ را بعد از برداشتن سیلندر و طی نزدیکی حفظ کند.

جراحی

جراحی به سه منظور انجام می‌شود: ۱- بوسیله جراحی یک ابراز (پروتز) داخل آلت تعبیه تا باعث نعوظ آن شود.

۲- انجام جراحی روی سرخرگهای آلت به منظور افزایش جریان خون به آلت تناسلی

۳- انجام جراحی روی سیاهرگهای آلت باعث می‌گردد خون سریعاً آلت را ترک نکرده و وارد بدن نشود.

پروتز آلت تناسلی می‌تواند نعوظ را در بسیاری از مردان برقرار کند. مشکلات احتمالی همراه با پروتز شامل عفونت و اشکالات مکانیکی خود پروتز می‌باشد، که این مسئله در سالهای اخیر بعلاقت پیشرفت تکنولوژی کاهش یافته است. پروتزهای قابل انعطاف، معمولاً شامل یک جفت میله بوده که به طریق

جراحی در داخل اجسام غاری آلت قرار داده می‌شوند. استفاده‌کننده با دست وضعیت آلت را تنظیم می‌کند که این تنظیم شامل پهنا و طول آلت تناسلی نمی‌شود. نوع دیگر پروتزهای قابل افزایش حجم می‌باشند که شامل یک جفت سیلندر بوده که بوسیله جراحی داخل آلت قرار گرفته و با فشار مایع می‌توانند بزرگ شوند. یک پمپ دارد که به شکل دگمه و بوسیله جراحی درکیسه بیضه قرار گرفته و یک مخزن کوچک به اندازه گردو که با جراحی در ناحیه پایین شکم تعبیه می‌شود و یک سری لوله‌هایی که این دو سیلندر را به مخزن مایع و پمپ ارتباط می‌دهد. با فشار روی پمپ، مایع از مخزن و از طریق لوله‌ها به سیلندرهای داخل آلت منتقل و باعث افزایش طول و پهنای آلت می‌شود. مجدداً با خواست فرد با فشار مجدد دگمه پمپ مایع جهت عکس از آلت به مخزن را طی کرده و آلت شل می‌شود.

جراحی به منظور ترمیم سرخرگها می‌تواند با رفع انسداد این عروق، جریان خون به آلت را افزایش و نعوظ را بهبود بخشد. بهترین کاندید برای این نوع جراحی، مردان جوانی هستند که در اثر ضربه یک انسداد مشخص در سرخرگ دارند. این جراحی در مردان مسن‌تر با انسداد وسیع‌تر عروق کمتر موفقیت آمیز می‌باشد. جراحی بستن سیاهرگهای آلت تناسلی باعث کاهش نشت خون (عامل کاهش سفتی آلت در طول نعوظ) می‌گردد. افراد صاحب نظر تأثیر طولانی مدت این جراحی را زیر سؤال برده‌اند.

آینده چه چیز را به ارمغان می‌آورد؟

پیشرفتهای صورت گرفته در زمینه داروها، پروتز، دستگاه واکيوم، راههای درمان اختلال نعوظ را گسترش داده است. این پیشرفتهای همچنین باعث افزایش تعداد مردان جویای درمان نیز شده است. در زمینه درمانهای غیرتهاجمی اختلال

نعوظ، داروی خوراکی فنتولامین ممکن است بزودی همانند قرص ویاگرا در دسترس قرار گیرد.

نکاتی که باید به خاطر بسپارید:

- اختلال نعوظ بر اساس مواردی تعریف می‌شود که حفظ نعوظ در حدی باشد که برای نزدیکی جنسی کافی است.

- اختلال نعوظ، مردان زیادی را مبتلا می‌کند.

- اختلال نعوظ، معمولاً یک علت فیزیکی دارد.

- اختلال نعوظ در همه گروههای سنی قابل درمان است.

- روشهای درمانی شامل روان درمانی، دارو درمانی، دستگاه واکيوم و جراحی می‌باشد.

- قرص ویاگرا در موارد اختلال نعوظ روانی و فیزیکی مؤثر می‌باشد. پایان

پاسخ به پرسشهای شما



پژوهشکده ابن‌سینا با پاسخگویی به سؤالات شما خوانندگان گرامی توسط متخصصین مجرب شما را در زمینه باروری و ناباروری راهنمایی خواهد کرد. لذا خوانندگان گرامی می‌توانند پرسشهای خود را از طریق نامه، تلفن و پست الکترونیکی به دفتر نشریه ارسال نمایند.

سؤال: شانس حاملگی در صورتیکه نزدیکی در زمان مناسب انجام گیرد چقدر است؟

جواب: بطور کلی شانس حاملگی در هر سیکل ۲۵-۱۵٪ می‌باشد، حتی اگر زوج کاملاً بارور باشند و نزدیکی هم در زمان مناسب (حوالی تخمک‌گذاری) انجام گرفته باشد. این مسئله مهم است که به خاطر بسپارید حتی در مواردیکه همه فاکتورها و عوامل مناسب و کامل باشد نیز ۸۵-۷۵٪ سیکلهای تخمک‌گذاری به حاملگی منتهی نمی‌شود.

سؤال: حاملگی چه تغییراتی در خانمها ایجاد خواهد کرد؟

جواب: تغییرات ساختمانی، عملکردی و فیزیولوژیکی رخ خواهد داد که همه آنها راههای طبیعی، برای آماده‌سازی زن جهت حاملگی و بچه‌دار شدن می باشد. بیشتر این تغییرات موقتی هستند و پس از زایمان به حالت اولیه برخواهند گشت. این تغییرات شامل: بزرگ شدن پستانها، برجسته شدن نوک پستان، بزرگتر شدن ناحیه اطراف نوک پستان (آرئول)، پر خون شدن عروق پستان، افزایش اندازه رحم، افزایش حجم خون که حدوداً ۴۰٪ در طول حاملگی افزایش می‌یابد، افزایش تعداد نبض (بدلیل افزایش کار قلب)، تغییرات رنگ پوست بصورت ایجاد لکه‌های پوستی در گونه و بعضی از نقاط بدن و نمایان شدن و پررنگ شدن خط زیر ناف (بدلیل تغییرات هورمونی) و تغییراتی در فاکتورهای خونی.

خاطرات باروری



پژوهشکده ابن سینا به منظور انعکاس مشکلات زوجهای نابارور در هر شماره خاطرات یک زوج نابارور را منتشر می‌نماید.

من و همسر ۸ سال پیش ازدواج کردیم، از آنجاییکه هر دو علاقمند بودیم هر چه زودتر بچه‌دار شویم از همان ابتدا برای این منظور تلاش خود را آغاز کردیم. ولی آنچه که ما انتظار داشتیم رخ نداد و تلاش یکساله ما نتیجه نداشت. پزشک خانوادگی ما مرا به یک متخصص زنان و زایمان معرفی کرد. پزشکی که به او معرفی شده بودم ابتدا با مطالعه پرونده پزشکی من، سوالاتی چند و معاینات بالینی وضعیت مرا کاملاً مورد بررسی قرار داد. سپس

یک سری آزمایش خون درخواست داد، که جواب همه آنها طبیعی بود. آزمایش منی شوهرم نیز طبیعی بود. بعد از آن پزشک متخصص برای سه ماه مرا تحت درمان با کلومیفن سیترات قرار داد. در ماه دوم درمان تست تشخیص حاملگی در منزل مثبت بود من از این مسئله خیلی به وجد آمدم ولی چون تغییر رنگ کم بود، دو روز بعد دوباره آزمایش کردم ولی تغییر رنگ نوار زیاد نشد و من حدس زدم که بی‌جهت خوشحال شده‌ام چون حاملگی در کار نبود و یا جنین را از دست داده‌ام. لذا برای اطمینان آزمایش خون دادم. در جواب آزمایش میزان hCG خیلی پایین بود و من خیلی ناامید شدم. سه روز بعد قاعدگی من اتفاق افتاد و مسئله حاملگی نیز منتفی شد. بعد از اینکه دوره سوم درمان با کلومیفن سیترات نتیجه نداشت، پزشک مرا به یک متخصص غدد تولیدمثل ارجاع داد. این متخصص مرا تحت درمان با پروژسترون به جهت کمک به رحم در نگهداری جنین قرار داد ولی بعد از دو ماه از درمان من خیلی مستاصل و نا امید شده بودم و احساس می‌کردم که هیچ کاری در واقع برای من انجام نمی‌شود. یکی از دوستانم به من گفت که در انتخاب پزشک مختار هستید و می‌توانی هر پزشکی که مایل هستی انتخاب کنی. پس از آن من تحت نظر پزشک متخصص دوستم قرار گرفتم. او برای من درخواست HSG (عکس رنگی از رحم) داد که جواب خوب بود و بعد از آن انجام بیوپسی از اندومتر (نمونه برداری از مخاط داخلی رحم) را پیشنهاد داد تا مطمئن شود که آیا رحم من قادر به نگهداری جنین است یا نه؟ (آنچه من فکر می‌کردم در واقع یکی از مشکلات من در جهت حاملگی است) ولی در این رابطه نیز مشکلی وجود نداشت. بنابراین من در گروه افرادی قرار گرفتم که ناباروری با علت نامشخص دارند. قبول این مسئله خیلی مشکل

بود چرا که هیچ پاسخی برای ناباروری من وجود نداشت که با توجه به آن مشکل خود را رفع کنم. پزشک دوستم انجام IUI (تلقیح اسپرم به داخل رحم) را پیشنهاد کرد، من نمی‌توانستم به درستی فکر کنم و تصمیم بگیرم بنابراین موافقت کردم. فکر می‌کنم اگر زودتر از آن زمان به من چنین پیشنهادی می‌شد قبول نمی‌کردم. ولی نزدیک ۲ سال بود که من برای حاملگی تلاش می‌کردم ولی نتیجه‌ای نگرفته بودم. در آن ماه من برای IUI آماده شدم و IUI انجام گرفت. انتظار خیلی سخت بود ولی بالاخره روز آزمایش فرا رسید و من آزمایش دادم نمی‌توانم هرگز شغف و خوشحالی را از دیدن جواب آزمایش فراموش کنم. بله جواب آزمایش مثبت بود و سرانجام پس از ۲/۵ سال تلاش و ۹ ماه انتظار دخترم در فروردین سال ۱۳۷۷ بدنیا آمد. ولی خانواده ما هنوز کامل نشده بود. بنابراین بعد از ۶ ماه من شیر دهی را متوقف کردم تا برای حاملگی مجدد اقدام کنم. ۵ ماه گذشت ولی من باردار نشدم این مسئله مرا خیلی ناراحت کرد چون امیدوار بودم که حاملگی دوم من دیگر بدون مشکل اتفاق بیفتد. من دوباره به پزشک دوستم مراجعه کردم. او درمان با



کلومیفن سیترات را آغاز کرد. سیکل اول درمان ناموفق بود. لذا ما تصمیم گرفتیم که برای انجام IUI اقدام کنیم. انجام IUI موفق بود ولی بعد از هفت هفته دچار سقط شدم. IUI دوم من ناموفق بود. من دوباره دچار حالت یأس، ناامیدی و افسردگی شدم. ولی

و ۴۰۰۵ زایمان دختر در سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۷ در بیمارستان مادران شهر دوبلین انجام گرفته است. این مطالعه نشان داده است که طول مدت زایمان نوزادان پسر بطور واضح طولانی‌تر بوده و اقدامات کمکی نظیر تحریک زایمان با دارو (اکسی‌توسین)، نمونه‌گیری از خون جنین برای تعیین آسیدوسی (خفگی) و وسایل کمک زایمان مثل فورسپس یا نیاز به سزارین بیشتر است.

دکتر Maeve A. Eogan می‌گوید در قدیم اگر خانمها در زایمان با مشکلاتی مواجه می‌شدند، تقریباً بدون تردید گفته می‌شد که نوزاد پسر است. حال می‌خواهیم ببینیم این عقیده درست بوده یا تنها یک عقیده خرافی ماماها قدیمی است. حالا ما می‌توانیم با اطمینان بگوئیم این یک عقیده خرافی ماماها قدیمی نیست. این مطالعه تنها روی خانمها شکم اول دارای زایمان طبیعی و خودبخودی در هنگام ترم انجام گرفته و مادران چندزا و زایمانهای همراه با تحریک زایمانی و مادران نوزادان همراه با ناهنجاریهای مادرزادی در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفتند. نوزادان پسر دور سر بزرگتری دارند و تولد آنها ممکن است منجر به زایمان طولانی‌تری شود و نیاز به اقدامات کمک زایمانی نظیر تحریک با اکسی‌توسین یا عمل جراحی سزارین را داشته باشند، البته این اندازه دورسر پاسخگوی سایر عوارض حین زایمان مثل دیسترس (زجر) جنین نمی‌باشد. دکتر Eogan اظهار می‌دارد که پسرها به آسیب و استرس زایمان حساس‌ترند، این حساسیت ممکن است ارثی باشد. در این مطالعه سایر عوارض بین دو جنس تفاوتی وجود ندارد. این عوارض شامل نیاز به مصرف آنتی‌بیوتیک در حین زایمان، و یا مراقبتهای ویژه پس از زایمان می‌باشد. زایمان سخت نوزاد پسر، تا چند سال ممکن است روی مادر اثر

زایمان بودند ۲/۳ مرتبه احتمال کم وزن بودن آنها و ۲/۹ مرتبه احتمال کوتاه‌بودن قد آنها در سن ۶ ماهگی بیشتر بود. همچنین Patel و همکارانش مشاهده کردند که ۴۴٪ کودکانی که مادران آنها دچار افسردگی بعد از زایمان بودند، در تست اندازه‌گیری رشد و نمو در مقایسه با ۲۰٪ کودکان دارای مادران بدون افسردگی، امتیاز کمتری کسب کردند. محققین اضافه کردند که سایر فاکتورهایی که می‌توانند روی رشد و نمو این کودکان اثر بگذارند مثل وزن کم هنگام تولد و تحصیلات والدین در امتیازبندی این بررسی رشد و نمو در نظر گرفته شده است. دکتر Patel گفته است که مادران افسرده به کودکان خود علاقه کمتری دارند، بنابراین کمتر تمایل دارند که بچه‌هایشان را شیر بدهند. عاملی که به استفاده از شیرخشک منتهی می‌شود و در نهایت نتیجه آن رشد کمتر کودکان می‌باشد. او اضافه کرد که کاهش پیوند روحی، اثرات متفاوتی روی رشد و نمو نوزادان بدنبال خواهد داشت. گروه دکتر Patel معتقد هستند که مطالعات آنها مدارکی را فراهم کرده است که یک روش درمان‌پذیر بالقوه جدید را ارائه می‌دهد که نتیجه‌اش در بهبود رشد نوزادان مؤثر می‌باشد.

دانشنی های باروری



آیا زایمان نوزاد پسر، زایمان سختی است؟

از زمانهای قدیم این اعتقاد وجود داشته که زایمان نوزاد پسر سخت است و مادر متحمل مشکلات زیادی در حین زایمان می‌شود. امروزه، بررسیهای جدید به این نکته اشاره دارد که زایمان نوزادان پسر تا حدی مشکل‌تر است. تحقیق فوق بر پایه بررسی روی ۴۰۷۰ زایمان پسر

علی‌رغم آن سیکل سوم IUI را نیز انجام دادم. خوشبختانه این سیکل نتیجه داد و من حامله شدم. به شکر خدا دوران بارداری فرزند دوم من نیز بدون مشکل سپری شد و فرزند دوم، بهتر بگویم دختر دوم من نیز در خرداد ماه سال ۱۳۷۹ متولد شد. اکنون که برای شما خاطراتم را می‌نویسم دو فرزند دلبندم در خانه مشغول بازی می‌باشند.

خدایا سپاس فراوان بخاطر نعمت بیکرانت و اجابت دعایم. به امید مستجاب‌شدن دعای همه منتظران گرامی.

اخبار علمی برگزیده



رشد و نمو بچه‌های مادرانیکه در هفته اول بعد از زایمان دچار افسردگی می‌شوند ممکن است از سایر بچه‌ها کمتر باشد

دکتر Vikram Patel و همکارانش در شماره ژانویه مجله Archives of the Disease in Childhood نوشته‌اند که بر اساس مطالعه‌ای که در کنفرانس هند Goa مطرح گردیده است افسردگی بعد از زایمان و دوران نقاهت تقریباً ۱۰٪ مادران جدید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اثرات افسردگی مادران بعد از زایمان بر روی رشد و نمو نوزادان در کشورهای پیشرفته گزارش شده است ولی اطلاعات کمی در کشورهای در حال توسعه در دسترس است. دکتر Patel و همکارانش در مطالعه خود ۳۷ نوزاد را که مادرانشان دچار افسردگی بعد از زایمان شده‌اند را با ۱۳۷ نوزادیکه مادران آنها افسردگی نداشته‌اند مقایسه کرده‌اند. این محققین رشد و نمو بچه‌ها را از ۶ هفتهگی تا ۶ ماهگی اندازه‌گیری و با سایر بچه‌ها مقایسه کردند و گزارش نمودند بچه‌هاییکه مادرانشان دچار افسردگی بعد از

بگذارد و زایمان هر نوزاد پسر ممکن است تا ۳۴ هفته طول عمر مادر را کاهش دهد.

داروهای ضد درد

اطلاعات دارویی



(مسکن‌ها) و حاملگی و

شیردهی

دکتر سهیلا عارفی

در شماره‌پیش داروهای ضد درد مخدر توضیح داده شد. در این شماره به شرح ضددردهای غیرمخدر و ترکیبی می‌پردازیم.

ضد دردهای غیرمخدر:

آسپیرین سالهاست که برای برطرف کردن درد و کاهش تب استفاده می‌شود. این دارو یک داروی غیراستروئیدی است و با جلوگیری از ایجاد ماده‌ای بنام پروستاگلاندین از التهاب جلوگیری می‌کند و همچنین به علت کاهش انقباض طبیعی خون، در درمان بعضی اختلالات خونی بکار می‌رود. این دارو در درمان دردهای خفیف تا متوسط مانند سردرد، دیس‌منوره (دردهای قاعدگی)، دردهای عضلانی، دندان درد، تب و التهابات بکار می‌رود. همچنین در بیماریهای روماتیسم مفصلی و بیماریهای قلبی بکار می‌رود. آسپیرین در برخی ترکیبات دارویی (مانند داروی سرماخوردگی) وجود دارد. ۱۰۰-۸۰٪ داروی خورده شده از راه دستگاه گوارش جذب می‌شود. اوج غلظت سرمی آن ۲۰ دقیقه الی ۴ ساعت می‌باشد. این دارو در همه بافتهای بدن توزیع شده و از جفت نیز عبور می‌کند. این دارو در کبد تجزیه شده و از راه ادرار دفع می‌شود.

موارد منع مصرف آسپیرین

سابقه حساسیت به دارو (علائم کهیر، آسم، ترشح بینی) و در زخم معده فعال نباید مصرف شود در حاملگی به خصوص در سه ماهه سوم نباید تجویز شود. همچنین در افرادی که

خونشان بطور طبیعی منعقد نمی‌شود نیز جایز نیست مصرف آسپیرین برای بچه‌های زیر ۲ سال توصیه نمی‌شود، در بیماران مسن، افراد مبتلا به فشار خون و کسانی که اختلال عملکرد کبد و کلیه دارند و در کسانی که سابقه زخم معده دارند باید با احتیاط مصرف شود. برای افرادی که ناراحتی معده دارند می‌توان از برخی اشکال آسپیرین که حفاظدار می‌باشد و در روده باز می‌شود استفاده کرد. همچنین اگر آسپیرین با داروی آنتی‌اسید یا یک لیوان شیر استفاده شود خطر تحریک معده کم می‌شود.

برای کاهش درد زمان قاعدگی باید ۱-۲ روز قبل از شروع قاعدگی آسپیرین مصرف شود و کسانی که خونریزی قاعدگی زیادی دارند باید از ضد درد دیگری استفاده کنند.

ناراحتی‌های گوارشی شایع همراه مصرف آسپیرین شامل تهوع، استفراغ، سوء هاضمه می‌باشد. اما عوارض مهم آن شامل، اختلال کلیوی و مسمومیت کلیوی می‌باشد. همچنین سرگیجه، وزوز گوش، سردرد، بی‌خوابی، افسردگی، واکنش‌های حساسیتی مانند تب، آسم، بثورات جلدی از عوارض دیگر آن است. گاهی در مصرف با مقادیر بالای آسپیرین، مسمومیت حاصل می‌شود. علائم این مسمومیت به صورت وزوزگوش و کاهش شنوایی، تاری دید، سردرد، سرگیجه، تنگی نفس، تپش قلب و تهوع و استفراغ می‌باشد. برای کاهش درد زمان قاعدگی باید ۱-۲ روز قبل از شروع قاعدگی آسپیرین مصرف شود و کسانی که خونریزی قاعدگی زیادی دارند باید از ضد درد دیگری استفاده کنند.

استامینوفن با اثر مستقیم در مغز و تنظیم درجه حرارت موجود در نقاط معینی از مغز و افزایش از دست

رفتن حرارت بواسطه انقباض عروق و تعریق موجب کاهش تب می‌شود. اثر استامینوفن بیشتر مرکزی بوده و به همین دلیل فاقد آثار مشخص بالینی ضدتورم می‌باشد. استامینوفن روی انقباض و فعالیت پلاکت اثری ندارد. جذب دارو از دستگاه گوارش سریع می‌باشد. اوج غلظت آن ۰/۵ تا ۲ ساعت پس از مصرف خوراکی می‌باشد. به طور عمده در کبد تجزیه می‌شود و از ادرار دفع می‌شود. استامینوفن در بیشتر بافتهای بدن توزیع می‌شود و از جفت عبور کرده و در شیر مادر وارد می‌شود. معمولاً عارضه جانبی ندارد فقط در مقادیر سمی سبب آسیب شدید کبدی می‌شوند. به هر صورت عوارضی مانند کم‌خونی، زردی، بثورات جلدی و کهیر و کاهش قند خون در مواردی دیده می‌شود. استامینوفن از جفت عبور می‌کند و در صورت استفاده در زمان حاملگی در محدوده زمانی خاصی و برای مدت کوتاه بی‌خطر خواهد بود. در شیر مادر با غلظت پائین ترشح می‌شود و عارضه‌ای برای نوزاد ندارد. علائم مسمومیت با استامینوفن شامل تهوع، استفراغ، خواب‌آلودگی، گیجی، افت فشار، زردی، نامنظمی ضربان قلب و نارسایی کبدی و کلیوی می‌باشد. برای استفاده از استامینوفن در کودکان زیر ۲ سال باید با پزشک مشورت کرد هم چنین ادامه مصرف استامینوفن بیش از ۱۰-۵ روز نیازمند مشاوره پزشکی است.

استامینوفن در کسانی که مشروبات الکلی مصرف می‌کنند ممکن است باعث مسمومیت شود. استامینوفن در مواردی که فرد قادر به مصرف آسپیرین نیست می‌توان در کاهش

استامینوفن از جفت عبور می‌کند و در صورت استفاده در زمان حاملگی در محدوده زمانی خاصی و برای مدت کوتاه بی‌خطر خواهد بود. در شیر مادر با غلظت پائین ترشح می‌شود و عارضه‌ای برای نوزاد ندارد.

عمودی

۱- جراحی ترمیمی اعضای تناسلی ۲-
 قوت همگانی، جوانمردانه ۳- به زن برادر
 یا زن عمو گویند، گریختن، مقابل فتق ۴-
 سستی، افسانه ۵- کوچک و بزرگش در
 آسمان است، عدد ورزشی، ابر و مه
 غلیظ ۶- اختلال روانی همراه با
 سرخوشی فراوان، جنس لطیف، معدن
 ۷- پیدایش آمونیاک و اسید آمینه در
 ادرار، میدانی در تهران ۸- انتقال بیماری،
 سالم ناسالم! ۹- حرف فاصله، آقا، دایه و
 پرستار کودک ۱۰- مریض نصفه!، الکل
 یک کرپنه، صدمتر مربع ۱۱- واحدی در
 وزن ۱۲- عامل بیماری که ناقل آن گربه
 است.



اشتراک یک سال نشریه پیام باروری و
 ناباروری به طور رایگان

(حل جدول قبل)

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

ترکیب استامینوفن - آسپیرین و
 کافئین تشکیل شده است. کافئین
 موجود در این ترکیب، محرک ضعیف
 دستگاه عصبی مرکزی است و باعث
 انقباض رگهای خونی مغز و کاهش
 جریان خون مغز شده و باعث
 برطرف شدن انواع سردرد می شود.
 همچنین کافئین باعث کاهش بروز
 سرگیجه در موارد سرماخوردگی
 می شود. در واقع کافئین باعث تسریع
 در کاهش درد و کاهش دوز مؤثر
 برای کاهش درد توسط ترکیبات
 دیگر ضد درد می شود. این ترکیب به
 راحتی در شیر مادر وارد می شود.
 دفع دارو پس از تجزیه از راه ادراری
 می باشد. به هر صورت مصرف
 همزمان کافئین با سایر داروهای
 محرک دستگاه عصبی مرکزی باعث
 تحریک بیش از حد سیستم عصبی
 مرکزی و بروز عصبانیت،
 تحریک پذیری یا بی خوابی می شود.

جدول



افقی

۱- بزرگ شدن پستان در مرد ۲- میوه‌ای
 بی سر و ته!، بیماریها ۳- به کشور آمریکا
 می گویند، بس ۴- فقدان مادرزادی
 رنگدانه‌ها در پوست، مو، چشم و غیره
 ۵- عفونت گوش ۶- مرحله و مرتبه، کرم
 دارویی واژگون ۷- زیاد شدن تحب
 مهره‌های کمری، رود معروف مصر ۸-
 پزشکان، توده حاصل از تقسیم سلول
 تخم ۹- عدد ماه، زهر، شیطان ۱۰- کج
 گردنی، ناپیدا ۱۱- حلقه فلزی در ماشین
 که میله در داخل آن حرکت می کند، دیوار
 قلعه ۱۲- صد ساله آشفته!، گردن به
 زبان بیگانه، نام ستاره مشتری

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

درد و تب مؤثر باشد.

ضد دردهای ترکیبی:

در این ضددردها از ترکیب داروهای
 مخدر ملایم مانند کدئین، با
 غیرمخدرهایی مانند آسپیرین و
 استامینوفن استفاده می شود. ترکیب
 این دو نوع ضد درد، باعث افزایش
 اثر تسکین دهنی دارو می شود. در
 واقع قسمت مخدر دارو به گیرنده‌ها
 در سیستم اعصاب مرکزی وصل
 شده و احساس درد و پاسخ به درد
 را کاهش می دهد و قسمت غیرمخدر
 این ترکیب به صورت محیطی از
 التهاب و تولید موادی که به عنوان
 واسطه در انتقال و احساس درد
 مؤثر است، جلوگیری می کند. یکی از
 شایعترین این ترکیبات استامینوفن
 کدئین است که به عنوان ضد درد و
 ضد تب به طور شایعی استفاده
 می شود. کدئین در کبد تجزیه
 می شود. مصرف استامینوفن کدئین
 باعث مثبت شدن تست‌های ادراری
 اعتیاد می شود. مصرف این دارو در
 التهاب‌های مفصلی - استخوانی
 انتخاب خوبی است. مصرف
 چندروزه و چند ماهه این دارو تقریباً
 در هیچ موردی باعث اعتیاد نمی شود.
 در ایران مقدار کدئین موجود در
 استامینوفن کدئین کمتر از کشورهای
 دیگر می باشد. استامینوفن کدئین در
 بچه‌های بالاتر از سه سال تجویز
 می شود. یکی دیگر از ترکیبات ضد
 درد ACA می باشد. این ترکیب از

اطلاعیه

سلامت کودکان حاصل از روشهای پیشرفته
 درمان نازایی در مرکز مطالعات رشد و
 سلامت کودک جهاد دانشگاهی بررسی
 می شود. جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی
 ایران متعاقب اخذ مجوز مرکز مطالعات رشد
 و سلامت کودک از شورای گسترش جهاد
 دانشگاهی اقدام به راه اندازی گروه پژوهشی
 رشد و سلامت کودک نمود.
 خانواده‌هایی که دارای فرزند متولد شده به
 روش لقاح مصنوعی می باشند می توانند
 جهت بررسی وضعیت رشد و سلامت کودک
 خود به این مرکز واقع در خیابان سهروردی
 شمالی، کوچه شهید مهاجر، مراجعه نمایند.

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

مدیر داخلی: شمیمه اسکندری

زیر نظر شورای علمی نشریه: شمیمه اسکندری، دکتر
 ناصر امیرچنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدیقی،
 دکتر سهیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه محمدزاده
 همکاران اجرایی:

معصومه عباسی مقدم، ابوالفضل عزیزاده، ناصر رحیمی

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 می نماید. علاقمندان می توانند نقطه
 نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای

بلوار داخل دانشگاه، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: bna@avesina.org

Website: http://www.avesina.org