

پیام باروری و ناباروری

ویژه عموم



● سرمقاله
لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) (۳)

● سیری در دنیای علم:
سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) (۲)

● پاسخ به پرسشهای شما

● خاطرات باروری

● اخبار علمی برگزیده:

● مشکلات هورمونی در دختران زیر ۲۰ سال و ناباروری
دانشتهای باروری:

● بیماریهای درمان شده و پره کلایمی

● اطلاعات دارویی
داروهای خواب آور و حاملگی و شیردهی (۲)

● جدول



پژوهشکده ابن سینا

(مرکز پژوهشی بیولوژی و میکروتنوژنی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی)

بنام آنکه هستی از اوست

سر مقاله

لقاح خارج رحمی
«باروری آزمایشگاهی»

(۳)

دکتر محمدمهدی آخوندی

گرفته و در این صورت انجام لقاح خارج رحمی به عنوان راه تشخیص و درمان ناباروری توصیه می‌شود.

در لقاح خارج رحمی، زوج بایستی هرگونه اقدام درمانی را تا حصول اطمینان از عدم ابتلا به هرگونه بیماری جدی و مؤثر بر سلامتی و تندرستی نوزاد، به تأخیر اندازند.

برخی از آزمایشات مورد نیاز در بررسی زوج قبل از درمان: همزمان با ارزیابی و بررسی زوج توسط پزشکان متخصص، انجام آزمایشات ذیل ضروری است: آزمایش ایدز:

در لقاح خارج رحمی، زوج بایستی هرگونه اقدام درمانی را تا حصول اطمینان از عدم ابتلا به هرگونه بیماری جدی و مؤثر بر سلامتی و تندرستی نوزاد، به تأخیر اندازند. در حاملگی‌های طبیعی، این اقدام یک تصمیم شخصی است که بین زن و شوهر گرفته می‌شود. ولی زمانی که درمان ناباروری مورد نظر قرار می‌گیرد، تیم درمانی لقاح خارج رحمی نیز در این تصمیم مداخله می‌نماید. بدان جهت که تیم درمانی مسئولیت ایجاد موقعیتی را به عهده می‌گیرد که بوسیله آن زندگی جدیدی محقق می‌شود؛ لذا یک التزام اخلاقی و پزشکی و احياناً در برخی کشورها یک التزام قانونی موجب می‌گردد که تیم درمان ناباروری تمام تلاش خود را تا حصول اطمینان از عدم ابتلای فرزند حاصل به بیماری مهلکی نظیر ایدز بکار برد. در این ارتباط بسیاری از مراکز، قبل از هرگونه انجام پروسه درمانی لقاح خارج رحمی، درخواست آزمایش ایدز را برای زن و شوهر می‌نماید. اگر چه متأسفانه در حال حاضر انجام این تست (آزمایش ایدز) حضور و ابتلای دقیق به بیماری را نشان نمی‌دهد؛ زیرا که معمولاً این آزمایش پس از شش ماه

از ابتلای فرد به بیماری ایدز، مثبت می‌شود. ولی در هر صورت، انجام این تست دورنمای خوبی را برای جلوگیری از بکارگیری درمان ناباروری به عنوان وسیله‌ای برای تولد نوزاد ناقص فراهم می‌نماید. دلیل دیگر انجام تست ایدز برای هر زوج تحت درمان، محافظت تیم درمان ناباروری در طول مدت درمان، از ابتلای به این بیماری مهلک است. برخی از پزشکان انجام این تست را قبل از هرگونه جراحی برای افزایش باروری نظیر جراحی‌های لوله‌های فالوپ ضروری می‌دانند. بدین منظور که اگر یکی از زوجین حامل بیماری ایدز باشند، نهایتاً عمل موفقیت آمیز لوله‌ها منجر به تولد نوزادی با بیماری ایدز نشود.

متأسفانه در حال حاضر انجام این تست (آزمایش ایدز) حضور و ابتلای دقیق به بیماری را نشان نمی‌دهد؛ زیرا که معمولاً این آزمایش پس از شش ماه از ابتلای فرد به بیماری ایدز، مثبت می‌شود.

چه آنکه ممکن است زوج پس از آن مدعی شوند که اگر از انتقال بیماری ایدز به نوزادشان مطمئن بودند، با انجام درمان جراحی لوله‌ها موافقت نمی‌نمودند. اگر چه در برخی از کشورها نیز تصمیم به انجام تست ایدز، تصمیمی بسیار شخصی و محرمانه است و پزشک نمی‌تواند با زور کسی را مجبور به انجام این آزمایش نماید. علیرغم آن توصیه می‌شود که قبل از شروع درمان ناباروری باید این اطلاعات بصورت کامل به زوج منتقل شده و مورد بحث قرار گیرد. برخی از زوج‌های تحت درمان لقاح خارج رحمی بسیار نگران از این نکته هستند که ممکن است بیماری ایدز از طریق داروهای مربوط به درمان ناباروری منتقل شود. علت این نگرانی تولید داروهای هورمونی تحریک تخمک‌گذاری از

بررسی‌های مورد نیاز قبل از درمان: هیچ زوجی نباید برای درمان لقاح خارج رحمی اقدام کند، تا زمانی که مطمئن شود که هیچ روش درمانی دیگری برای موقعیت خاص آنها مناسبتر نیست. کشف و روشن شدن دلیل و عامل ناباروری، مشخص کننده راه حل درمان آن است و لذا زوج اول بایستی در صدد تشخیص عامل ناباروری خود باشند، تا مشخص شود که آیا آنها کاندید مناسبی برای لقاح خارج رحمی هستند یا نه؟ در این ارتباط بررسی‌های لازم بوسیله تیم درمان ناباروری انجام می‌شود و آزمایشات متنوعی برای زوج تجویز می‌گردد. معمولاً انجام همه آزمایشات و بررسی‌ها یک الی دو ماه بطول می‌انجامد.

کشف و روشن شدن دلیل و عامل ناباروری، مشخص کننده راه حل درمان آن است و لذا زوج اول بایستی در صدد تشخیص عامل ناباروری خود باشند، تا مشخص شود که آیا آنها کاندید مناسبی برای لقاح خارج رحمی هستند یا نه؟

علل ناباروری می‌تواند در زن و یا مرد و یا هر دو، به یک درجه و یا درجات متفاوت باشد و لذا زوج بایستی خود را آماده این بررسی‌ها نمایند. و اگر نهایتاً هیچ دلیل و عاملی قابل شناسایی نبود تحت عنوان «ناباروری با علل ناشناخته» قرار

شام سبک، نباید تا صبح مواد غذایی مصرف نماید. ولی نوشیدن آب در طی این مدت بلا مانع است.

آیا عوارض حاصله از PCOS قابل درمان هستند؟

بله، این عوارض درمان پذیر هستند. امروزه روشهای درمانی مختلفی برای از بین بردن علائم ذکر شده وجود دارد. در واقع میزان، شدت و نوع علائم و عوارض، نوع درمان را مشخص می کند. استفاده از روشهای درمانی مناسب (داروها، جراحی) زیر نظر پزشک متخصص باعث بهبود و کاهش علائم خواهد شد. به طور مثال هنگامیکه فرد پس از مشاوره با یک متخصص، درمان را آغاز می کند چون هورمونهای فرد پس از مدتی به حالت تعادل باز می گردد، در نتیجه ترشح استروژن به صورت طبیعی خواهد شد و خطر بروز سرطان اندومتر و سرطان پستان به طور قابل ملاحظه ای کاهش خواهد یافت. همچنین هنگامیکه پس از درمان، پاسخ بدن به میزان انسولین خون طبیعی شود، در نتیجه خطر بروز دیابت به حد طبیعی آن باز خواهد گشت.

دیدن نمای پلی کیستیک تخمدانها در سونوگرافی به تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک کمک می کند، ولی راه اصلی تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک بررسی هورمونی می باشد.

بنابراین در صورت وجود هر یک از علائم ذکر شده فرد باید برای آزمایشات مناسب تحت نظر پزشک متخصص قرار بگیرد. مراجعه فرد به پزشک متخصص زنان و انجام آزمایشات مناسب هورمونی و سونوگرافی، منجر به درمان به موقع علائم و جلوگیری از ایجاد عوارض بیماری می گردد. در قسمت زیر درمان دو عارضه شایع این بیماری بیان می شود.

۱) **سونوگرافی شکمی:** در این روش مقداری ژل مخصوص سونوگرافی روی ناحیه شکم فرد ریخته می شود و سپس سونوگرافی انجام می گردد.

۲) **سونوگرافی واژینال:** در این روش به وسیله پروب واژینال ناحیه رحم و تخمدانها مورد بررسی قرار می گیرند. برای بررسی و مشاهده رحم و تخمدانها، سونوگرافی واژینال مناسبتر از سونوگرافی شکمی است زیرا رحم و تخمدانها بهتر مشاهده می شوند.

در شکل شماره ۱ نمای یک تخمدان پلی کیستیک را مشاهده می کنید.



دیدن نمای پلی کیستیک تخمدانها در سونوگرافی به تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک کمک می کند، ولی راه اصلی تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک بررسی هورمونی می باشد. هورمونهایی که باید مورد بررسی قرار گیرند شامل مواد زیر است:

۱-FSH: هورمون محرکه فولیکول،
 ۲-LH: هورمون لوتئینیزه کننده،
 ۳-DHEAS: دهیدرواندرواپی
 اندروسترون سولفات، ۴-FBS: قند خون ناشتا، ۵-2hPP: قند خون دو ساعته ۶-OHP-17: ۱۷-هیدروکسی پروژسترون، ۷-SHBG: گلوبولین متصل شونده به هورمون جنسی، ۸-T: تستوسترون، ۹-انسولین

بهتر است آزمایشات هورمونی ناشتا انجام شوند. به دلیل اینکه میزان قندخون ناشتا و گاهی اوقات دو ساعته نیز مورد بررسی قرار می گیرند، فرد باید حداقل ۱۲ ساعت ناشتا باشد. برای انجام این آزمایشات فرد پس از صرف یک

ادرا ز زنان است. اغلب افراد با تجربه در این زمینه معتقدند که ویروس ایدز تحت تأثیر پروسه های جداسازی و تخلیص این داروها، قادر به زنده ماندن نیست. در حال حاضر نیز با جایگزینی تولید و عرضه داروهای هورمونی صناعی «ریکامیننت» بصورت تجارتي، جایی برای تداوم این نگرانی باقی نمی ماند.

سیری در دنیای علم



سندرم تخمدان پلی کیستیک

چیست؟ (۲)

هاله ملکی

کارشناس مامایی پژوهشکده ابن سینا

در شماره قبل سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) و علائم آن شرح داده شد. در این شماره راه تشخیص و درمان آن توضیح داده خواهد شد.

راه تشخیص PCOS چیست؟

این سندرم با سونوگرافی و آزمایشات هورمونی قابل تشخیص است. در سونوگرافی از ناحیه رحم و تخمدانها، تخمدانها بزرگتر از حد طبیعی و مملو از فولیکولهای ریز مشاهده می شوند. در آزمایشات هورمونی نیز بعضی هورمونها افزایش و بعضی دیگر کاهش می یابند.

سونوگرافی: یکی از روشهای تشخیصی که امروزه بسیار مورد استفاده قرار می گیرد سونوگرافی است. در سونوگرافی امواج صوتی با فرکانس بسیار زیاد مورد استفاده قرار می گیرد و ایجاد تصاویری می کند که در صفحه نمایش دستگاه دیده می شود. سونوگرافی برای بررسی تخمدانها و رحم می تواند به دو روش انجام شود:

وضعیت عدم تخمک‌گذاری، نیازمند درمان پروژسترونی به منظور جلوگیری از خونریزی غیرطبیعی رحم است. اغلب زمانی از این دارو استفاده می‌شود که بیماران نمی‌خواهند از قرصهای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند و یا پاسخ به درمان ناامید کننده است. نکته قابل توجه اینکه، با مهار ترشح آندروژن، ممکن است تخمک‌گذاری صورت بگیرد؛ پس استفاده از وسایل مؤثر پیشگیری از حاملگی حایز اهمیت است.

به دلیل تأثیر عمده‌ای که کاهش وزن در روند درمان دارد، توصیه می‌شود که حتماً ورزشهای مناسب به همراه رژیم غذایی متناسب انجام شود.

سپیروترون استات: در بسیاری از نقاط جهان از سپیروترون استات به اسم آندروکور و در نوع ترکیبی به صورت قرص خوراکی جلوگیری از حاملگی که دیان (Diane) نامیده می‌شود استفاده شده است. این دارو باعث کاهش تولید و اثر آندروژنها می‌شود و در نتیجه هیرسوتیسم بهبود می‌یابد.

همچنین از سایمتیدین، کتوکونازول، فلوتامید و فیناسترید نیز در درمان هیرسوتیسم می‌توان استفاده کرد.

یکی از ویژگیهای مشخص هیرسوتیسم، پاسخ آهسته آن به درمان است. با توجه به روند رشد مو، این تغییر به زمان نیاز دارد. یعنی همانطور که موها به کندی تبدیل به موهای زبر و خشن می‌شوند، روند درمان نیز به آهستگی صورت می‌گیرد. بیمار باید توجه داشته باشد که قبل از اینکه کاهش قابل مشاهده‌ای در رشد مو ایجاد شود، باید درمان حداقل برای ۶ ماه ادامه پیدا کند. پس از حداقل ۶ ماه درمان دارویی، الکترولیز توصیه می‌شود. موهایی که از قبل رشد کرده‌اند با

وزن باید حداقل ۵٪ وزن آغازین باشد. به دلیل تأثیر عمده‌ای که کاهش وزن در روند درمان دارد، توصیه می‌شود که حتماً ورزشهای مناسب به همراه رژیم غذایی متناسب انجام شود.

درمان هیرسوتیسم:

تقریباً در تمام بیماران مبتلا به هیرسوتیسم، تولید فراوان آندروژن (هورمون مردانه) و عدم تخمک‌گذاری مداوم وجود دارد. درمان مناسب، درمانی است که این حالت را بر طرف نماید. در بیمارانی که خواهان حاملگی هستند، تخمک‌گذاری را می‌توان با داروهای مناسب ایجاد کرد. در بیمارانی که نمی‌خواهند حامله شوند، می‌توان از داروهای پروژسترونی استفاده کرد. قرصهای جلوگیری از بارداری از نوع LD در درمان آکنه و هیرسوتیسم مؤثر هستند؛ بعلاوه سبب تنظیم سیکل قاعدگی و نیز جلوگیری از حاملگی می‌شوند. بیمارانی که قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی بر آنها منع شده است و یا خواهان مصرف قرصهای جلوگیری از بارداری نیستند، می‌توانند با استفاده از مدروکسی پروژسترون استات به صورت خوراکی به نتایج خوبی دست پیدا کنند. داروهای دیگری که برای درمان هیرسوتیسم استفاده می‌شوند، اسپرونولاکتون و سپیروترون استات می‌باشد.

اسپیرونولاکتون: این دارو نوعی داروی مدر است که با کاهش تولید آندروژن در غدد فوق کلیه و تخمدان در درمان هیرسوتیسم مؤثر است. بعد از یک دوره درمانی، می‌توان دوز اسپرونولاکتون را به مقدار کمتر کاهش داد. نظیر عواملاً پروژسترونی، پاسخ به درمان نسبتاً آهسته است و حداکثر اثر درمان حدود ۶ ماه بعد از درمان دیده می‌شود. به خاطر داشته باشید که

درمان عدم تخمک‌گذاری

درمان عدم تخمک‌گذاری اکثر بیماران مبتلا به عدم تخمک‌گذاری مزمن را می‌توان در اولین ویزیت طراحی کرد. اگر هر یک از شرایط زیر برقرار باشد نحوه درمان تا حدودی متفاوت خواهد بود. ۱- اگر بیمار خواهان حاملگی باشد، کاندیدای تحریک طبی تخمک‌گذاری خواهد بود. اما به دلیل افزایش LH در این بیماری، احتمال سقط افزایش می‌یابد. بنابراین پزشکان باید قبل از تحریک تخمک‌گذاری، درمان لازم برای کاهش LH را انجام دهند. ۲- برای بیمارانی که خواهان حاملگی نیستند و از هیرسوتیسم شکایت ندارند اما مبتلا به عدم تخمک‌گذاری و خونریزی نامنظم هستند، درمان باید به منظور قطع اثر وضعیت ثابت هورمونی بر اندومتر و پستان انجام شود. پروژسترون استات (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۱۰ روز در هر ماه) برای ایجاد خونریزی منظم مناسب است.

مراجعه فرد به پزشک متخصص زنان و انجام آزمایشات مناسب هورمونی و سونوگرافی، منجر به درمان به موقع علائم و جلوگیری از ایجاد عوارض بیماری می‌گردد.

زنان مبتلا به عدم تخمک‌گذاری، زیادی آندروژن و افزایش انسولین باید از نظر افزایش خطر ابتلا به دیابت شیرین در آینده مورد توجه قرار گیرند. زنان مبتلا به افزایش انسولین و عدم تخمک‌گذاری هم در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت شیرین غیروابسته به انسولین هستند و هم سن آغاز بیماری در آنها حدود ۲۰ سال زودتر از جمعیت عمومی است. بهترین درمان برای این زنان، کاهش وزن است. کاهش وزن می‌تواند هم زیادی آندروژن و هم زیادی انسولین را کاهش دهد. کاهش

ادامه داستان

بعد از ۱/۵ سال تلاش برای حاملگی دوم، ما دوباره موفق شدیم! این موفقیت با کمک پزشک حاذق و آگاهم، که در واقع یک وسیله بود از جانب خداوند متعال میسر گردید. این حاملگی یک معجزه دیگری بود از طرف خداوند منان و ما از او بسیار سپاسگزاریم. این سیکل درمان با سه ماه مصرف قرص ضدحاملگی و ۱۵۰۰mg متفورمین شروع شد. بعد از آن روزی ۱۰۰ میلی‌گرم کلومیفن سیترات از روز ۵ تا ۹ سیکل دریافت کردم. در روز ۱۳ سیکل یک سونوگرافی داشتیم که یک فولیکول غالب ۲۵ میلی‌متری و چند فولیکول کوچک دیگر را نشان می‌داد. روز ۱۷ سیکل درد نسبتاً شدیدی که علامت تخمک‌گذاری بود حس کردم. در طول این مدت هرگز ترشحات دهانه رحم قابل توجهی نداشتیم. چارت درجه حرارت بدنم نیز روز ۱۷ سیکل را روز تخمک‌گذاری نشان می‌داد. از زمان تخمک‌گذاری روزانه ۲۵ میلی‌گرم پروژسترون بصورت ششیاف دوبار در روز دریافت می‌کردم. ۱۵ روز بعد از تخمک‌گذاری جواب حاملگی مثبت شد. با توجه به اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) دکتر تاریخ احتمالی زایمان (EDC) را مشخص و برنامه مراقبت‌های دوران بارداری مرا تنظیم نمود. طبق برنامه بایستی تا ۷ ماهگی هر ماه، از ۷ ماهگی تا ۹ ماهگی هر دو هفته و سپس تا هنگام زایمان هر هفته توسط پزشکم معاینه شوم. دکتر علائم هشداردهنده را برایم شرح داد که در صورت مشاهده این علائم خارج از برنامه مراقبتی، به او مراجعه کنم. آزمایشات لازم که شامل آزمایش خون و ادرار بود درخواست و انجام شد. با سونوگرافی یک جنین با ضربان قلب طبیعی تشخیص داده شد. سونوگرافی اندازه جنین را ۷ هفته نشان می‌داد تقریباً یک هفته خارج از آنچه بر اساس LMP انتظار می‌رفت. بنابراین EDC سونوگرافی

جستجوی علت به پزشک مراجعه کنید.

سؤال: در چه مواردی باید زودتر به پزشک مراجعه کرد؟

جواب: دو دسته از افراد بایستی زودتر جهت کمک گرفتن به پزشک مراجعه کنند. اول افرادی که به دلایلی حدس زده می‌شود مشکلات تولیدمثلی دارند، برای مثال: خانمی که قاعدگی ندارد یا سیکلهای قاعدگی او نامنظم است. (احتمال اختلال تخمک‌گذاری) و خانمهایی که سابقه عفونت لگنی داشته‌اند (احتمال مشکلات لوله‌ای) خانمهایی که در هنگام نزدیکی احساس درد می‌کنند (احتمال وجود اندومتریوز). دوم خانمهای بالای ۳۵ سال، به دو دلیل: یکی به علت اینکه با افزایش سن باروری کاهش می‌یابد. دوم اینکه هر چه سن کمتر باشد درمان بهتر جواب می‌دهد. اگر شما در دسته اول قرار دارید حتماً با پزشک خود مشورت کنید. اگر در دسته دوم قرار دارید تا یکسال تلاش کنید سپس برای درمان اقدام کنید.

سؤال: جهت بررسی علت ناباروری آیا زن و شوهر هر دو باید به پزشک مراجعه کنند؟

جواب: ناباروری مشکلی است که یک زوج با یکدیگر قادر نیستند بچه‌دار شوند. از آنجاییکه مشکل می‌تواند مربوط به زن، مرد و یا هر دو باشد، لذا مهم است که هر دو فرد (زن و شوهر) از ابتدا مورد بررسی و آزمایش قرار بگیرند.

خاطرات باروری



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

درمان هورمونی ناپدید نخواهند شد. موها را می‌توان به طور موقت از طریق تراشیدن، بندانداختن، موم انداختن و یا با استفاده از اپیلاسیون از بین برد. بر خلاف عقیده رایج، این روشها باعث رشد بیشتر مو نمی‌شوند. الکترولیز فولیکول مو، تنها روشی است که برای از بین بردن دائمی موها به کار می‌رود. باید به بیماران توصیه شود که الکترولیز حتماً باید با سوزنهای یکبار مصرف و زیر نظر پزشک متخصص و متبحر صورت بگیرد.

درمان باید برای چه مدت ادامه یابد؟ درمان به مدت ۱-۲ سال ادامه می‌یابد و سپس می‌توان درمان را قطع کرد. در صورت نامنظم شدن سیکلهای قاعدگی که نمایانگر ایجاد اختلال دوباره در تعادل هورمونی است؛ احتمال برگشت هیرسوتیسم وجود دارد. در این موارد کنترل دقیق وزن و درمان دارویی برای دوره دیگر پیشنهاد می‌شود.

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: تا چه مدت برای حاملگی بطور طبیعی بایستی تلاش کرد و سپس به پزشک مراجعه کرد؟

جواب: از آنجاییکه زوج بارور حدود ۲۰٪ در هر ماه شانس حاملگی دارد بیش از نیمی از آنها در ۶ ماه اول تا یک سال حامله خواهند شد. بنابراین اگر شما بطور منظم نزدیکی دارید و پس از یکسال بدون هیچگونه جلوگیری باردار نشدید، باید برای

زمان زایمان فرا رسید. من با توجه به تاریخ زایمان یک هفته دیگر فرصت داشتم ولی با احساس دردهای زایمانی و تجربه‌ای که داشتم متوجه شدم فرزندم دیگر طاقتش تمام شده و می‌خواهد زودتر به دنیای بزرگتر قدم بگذارد! و این کار را هم کرد. یک هفته زودتر متولد شد.

به امید برآورده شدن آرزوی همهٔ
آرزومندان

پایان

اخبار علمی برگزیده



مشکلات هورمونی در دختران زیر ۲۰ سال می‌تواند به ناباروری منتهی شود

بر اساس مطالعه‌ای که در شماره فوریه مجله Pediatric and Adolescence Gynecology به چاپ رسیده است نگرانی برای باروری آینده دختران بین ۱۳ تا ۱۹ سال (Teenage) که مشکلات قاعدگی و سایر اختلالات هورمونی دارند بیشتر از مسائل و نکات بهداشتی آنها است. این مطالعه اضافه کرده است که برای این دختران با این مشکلات و نگرانیها مراقبت بهداشتی و مشاوره بیشتری نیاز است. محققین از مرکز کودکان جان هاپکینز و دانشگاه هاروارد، ۱۸۷ دختر سالم و ۹۷ دختر مبتلا به PCOS (سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) با سن بین ۱۳ تا ۱۹ سال را مورد بررسی قرار دادند. PCOS یک اختلال هورمونی شایع است که یکی از علل ناباروری محسوب می‌شود و حدود ۵ تا ۱۰٪ دختران و زنان در سنین باروری به آن مبتلا می‌باشند. نتایج این مطالعه نشان داد، دختران زیر ۲۰ سال با PCOS، سه برابر بیشتر از دختران دیگر در آینده برای باروری دچار مشکل خواهند شد و در بیش از نیمی از دختران مبتلا،

حرکت فرزندم را احساس نمی‌کردم و فکر می‌کردم که نکند فرزندم را از دست دادم و اشتباهاً صدای ضربان قلب خودم از دستگاه شنیده می‌شد. این نگرانی تا ویزیت بعدی و شنیدن صدای قلب فرزندم همچنان ادامه داشت، تا اینکه حرکتش را حس کردم. نمی‌توانم بگویم وقتی که برای اولین بار حرکت فرزندم را حس کردم چه احساسی به من دست داد. هرچند این دومین تجربه حاملگی من بود ولی واقعاً این دفعه یک احساس غریبی بود. جواب آزمایشات همگی خوب و طبیعی بود و دکترم گفت در حوالی ۲۸ هفتگی نیز مجدداً این آزمایشات را تکرار خواهیم کرد.



تمام ویژگیها طبق برنامه انجام می‌شد و خوشبختانه همه چیز، اندازه بچه، اضافه وزن، فشارخون، وضعیت بالینی همه و همه خوب و عالی بود و هیچ مشکلی وجود نداشت. در ۲۸ هفتگی وقتی برای سونوگرافی مجدد رفته بودم و سوسه شدم که جنس بچه را بدانم، لذا از دکتر سؤال کردم و دکترم گفت صفحه نمایش دستگاه را ببینم و به من نشان داد و توضیح داد. بله فرزندم پسر بود. البته من و شوهرم هر دو در انتظار دختر بودیم و خیلی علاقه داشتیم که این فرزندمان نیز دختر باشد و بر این اساس تمام وسایل بازی و لباسهایی که برایش آماده کرده بودیم دخترانه بود. بقیه هفته‌ها نیز به خوبی سپری شد و

نیز فرق می‌کرد. فقط تنها مشکلی که وجود داشت یک کیست بزرگ در تخمدان سمت راست مشاهده شد که بدنبال درمان با داروهای باروری ایجاد شده بود. دکتر نظرش این بود که به مرور زمان این کیست باید کوچک شود. بنابراین برای ماه بعد نیز نیاز به سونوگرافی مجدد بود. سونوگرافی مجدد خبرهای خوب بدنبال داشت و خوشبختانه اندازه کیست کوچکتر شده بود. این معاینات و سونوگرافی‌ها برایم ناراحت کننده بود ولی خداوند را شاکر بودم که حضور من در مطب، آزمایشگاه و رادیولوژی برای مراقبتهای دوران بارداری بود نه برای مشکلات باروری و درمان ناباروری! در ویزیت بعدی اضافه وزن، میزان فشارخون، وضعیت جنین و همه چیز خوب و طبیعی بود. در ملاقات بعدی اندازه رحم ۱۶-۱۵ هفته تخمین زده شد. فشارخون از حد نرمال کمی پایین‌تر بود و بطور غیرانتظار کاهش وزن داشتم. لذا من حدس زدم در نگهداری این بارداری ممکن است شکست بخورم. ولی شنیدن صدای ضربان قلب جنین این نگرانی را کاهش داد. دکتر گفت اندازه رحم یک هفته از حد انتظار بزرگتر است و شاید نیاز به یک سونوگرافی دقیق‌تر باشد. من نمی‌خواستم جنس بچه‌ام را بدانم و ترجیح می‌دادم تا زمان تولد بصورت یک راز باقی بماند، لذا تا آن موقع در هنگام سونوگرافی هیچگاه از جنسیت فرزندم سؤال نکردم. علاوه بر سونوگرافی مجدد دکتر درخواست آزمایش خون برای اندازه‌گیری قندخون و تست تحمل قندخون و آزمایش ادرار ۲۴ ساعته برای اندازه‌گیری کراتینین داد. من حرکت بچه‌ام را احساس نمی‌کردم و این مسئله مرا خیلی نگران می‌کرد. در ویزیت بعدی بود که شنیدن ضربان قلب جنین مرا خیلی هیجان‌زده کرد چرا که احساس کردم این ضربان خیلی قوی است و بچه سرحال و سالمی خواهم داشت. هنوز

اطلاعات داروئی



داروهای خواب‌آور و حاملگی و

شیردهی
(۲)

دکتر افسانه محمدزاده

در شماره قبل ضمن بیان علت بی‌خوابی و توضیح پیرامون درمان آن به معرفی داروهای خواب‌آور و چگونگی اثر این داروها در بدن پرداختیم. همانطور که در شماره قبل اشاره شد داروهای خواب‌آور به سه گروه تقسیم می‌شوند. داروهای ضد اضطراب یا آرام‌بخش، داروهای ضد افسردگی و داروهای آنتی‌هیستامین یا ضد حساسیت. در این شماره در ادامه بحث درباره داروهای ضد افسردگی و داروهای آنتی‌هیستامین یا ضد حساسیت بحث خواهد شد.

۲- داروهای ضد افسردگی:

افسردگی به حالتی اطلاق می‌گردد که ناامیدی شدید و طولانی مدت منجر به ایجاد کسالت، بی‌تفاوتی، کم‌اشتهایی، اختلال در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی یک فرد شود. عمده علت‌های ایجادکننده افسردگی مرگ عزیزان یا بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده هستند. گاهی نیز بدون علت ایجاد می‌گردد.

پرومتازین بدلیل اثرات ضد استفراغ، در سه ماه اول حاملگی در درمان ویار حاملگی که به سایر داروها پاسخ نداده استفاده می‌گردد.

افسردگی خفیف معمولاً نیازی به درمان ندارد؛ ولی افسردگی‌های شدید و طولانی مدت باید مداوا شوند. طول مدت بسیار مهم است تا از عود بیماری جلوگیری گردد. داروهای متداول در این گروه شامل آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین و

خطرناک بدن منتهی می‌شود. ۵٪ از خانمهای حامله در خطر آن قرار می‌گیرند که با افزایش سریع و نا به هنگام فشارخون مشخص می‌شود و تنها درمان آن ختم حاملگی (زایمان) برای جلوگیری از وضعیت شناخته شده خطرناک بعدی یعنی اکلامپسی (بیماری که سبب تشنج و یا ادم مغزی و تهدید زندگی می‌شود) می‌باشد. این تحقیق ۱۱۱۵ خانم حامله سالم را شامل می‌شود که از هفته ۲۶ حاملگی تا پایان دوران حاملگی و زایمان مورد بررسی قرار گرفتند که در نهایت ۷۶۳ خانم زایمان کردند و ۳۹ نفر از آنها مبتلا به پره‌اکلامپسی شدند. بعد از بررسی و ارزیابی سایر فاکتورهای خطرناک، خانمهاییکه مبتلا به عفونت لثه شدید در هنگام زایمان بودند، ۲/۴ برابر بیشتر از خانمهای با لثه سالم در خطر پره‌اکلامپسی قرار داشتند.

متخصصین زنان و زایمان باید بر روی مراقبتهای بهداشت دهان و دندان بیمارانیشان تأکید بیشتری داشته باشند.

حتی مشخص گردید خانمهاییکه عفونت خفیف‌تر داشته ولی یک سابقه عفونت در طول حاملگی داشتند نیز دو برابر در خطر بروز پره‌اکلامپسی قرار داشتند. دکتر Boggess علت دقیق ارتباط بیماری لثه با پره‌اکلامپسی را نمی‌داند. اما او حدس می‌زند که التهاب و عفونت در لثه می‌تواند به التهاب و عفونت در تمام بدن منتهی شود و چنین التهابی می‌تواند بطور غیرطبیعی نیز در جفت ایجاد شود.

دکتر Boggess اظهار داشته است این تحقیق و بررسی به من ثابت کرده است که متخصصین زنان و زایمان باید بر روی مراقبتهای بهداشت دهان و دندان بیمارانیشان تأکید بیشتری داشته باشند.

PCOS اثر منفی در زندگی آنها داشته است. یافته‌ها نشان داده است که مشاوره به منظور اصلاح و رفع نگرانی دختران ممکن است در بهبود کیفیت زندگی آنها نقش اساسی داشته باشد.

دانستی های باروری



بیماریهای درمان نشده لثه باعث افزایش خطر پره‌اکلامپسی می‌شود

یک تحقیق جدید منتشر شده در شماره فوریه مجله Obstetrics and Gynecology نشان داده است که بیماریهای درمان نشده لثه ممکن است باعث افزایش خطر بروز پره‌اکلامپسی (فشارخون حاملگی) گردد که یکی از مشکلات خطرناک دوران بارداری می‌باشد.

بر اساس مطالعه‌ای که توسط محققین دانشگاه کارولینای شمالی و دانشگاه داک بر روی ۷۶۳ خانم حامله انجام گرفته است مشخص گردید خانمهاییکه مبتلا به بیماری شدید دهان و دندان در هنگام زایمان بودند نزدیک به ۲/۵ برابر بیشتر نسبت به خانمهای با لثه سالم در خطر بروز پره‌اکلامپسی قرار داشتند. بر اساس نظر دکتر Kim Bogges نویسنده این مطالعه بیماری دهان و دندان ممکن است باعث عفونت سیستمیک گردد، مثل حضور میکروب در جریان خون و این ممکن است با پره‌اکلامپسی ارتباط داشته باشد. دکتر Boggess، استادیار بخش زنان و زایمان دانشگاه کارولینای شمالی می‌گوید این احتمال وجود دارد که این عفونتها روی جفت یا پیامهای مادری که باعث بروز سندرم پره‌اکلامپسی کلینیکی می‌شود اثر گذارد. پره‌اکلامپسی یک حالتی است که معمولاً در سه ماهه سوم حاملگی ظاهر می‌شود و به ادم

عمودی

۱- التهاب نوک پستان ۲- ناشنوا، سرپیچی نمودن ۳- مرد خدانشناس، غده فوق کلیه ۴- آزاد و رها با حرفی اضافه، هنر هفتم ۵- آب مروارید، درد و آسیب ۶- زنان، نوعی موشک ۷- از سیارات منظومه شمسی ولی سر و ته؛ نام کوچک نقاش معروف هلندی از انتها ۸- غلات آسیاب شده، بی علم و تدبیر ۹- بیماری زردی، لقب امام پنجم (ع) ۱۰- روشنائی، لباس بلند ۱۱- زگیل، از بیماریهای پوستی اگر از انتها بخوانید، ۱۲- خدای تندرستی در اساطیر رم

اشتراک یک سال نشریه پیام باروری و ناباروری به طور رایگان



(حل جدول قبل)

۱	ز	ن	ک	و	م	ا	س	ت	ی	و
۲	ن	ن	ن	ا	م	ر	ا	ض	و	ت
۳	ت	ن	ک	د	ن	ی	ا	م	ک	س
۴	ت	ا	ک	ب	ی	ن	ی	س	م	س
۵	و	پ	ک	ه	ه	ا	و	ت	ی	و
۶	پ	ک	ه	د	ر	ه	د	ا	م	پ
۷	ل	و	ر	د	و	ز	ی	س	ن	ی
۸	ا	ظ	ب	ا	م	ر	و	ک	ا	ا
۹	س	ی	س	م	س	ا	ب	ل	ی	س
۱۰	ت	و	ر	ت	ی	ک	و	ل	ی	ک
۱۱	ی	ا	ت	ا	غ	ا	ن	ب	ا	و
۱۲	ر	ق	ن	ن	ک	ه	ر	م	ز	م

مشکل است.

پرومتازین: جزء گروه C داروها است. لذا مصرف آن در بارداری با دوز کم بدون مشکل است. پرومتازین بدلیل اثرات ضداستفراغ، در سه ماه اول حاملگی در درمان ویار حاملگی که به سایر داروها پاسخ نداده استفاده می‌گردد. در موقع زایمان، همراه پتدین جهت تسکین درد زایمان بکار می‌رود.

مصرف در زمان شیردهی:

بدلیل عبور از شیر و احتمال بروز آپنه (توقف تنفسی) در نوزادان، مصرف این دارو در زمان شیردهی توصیه نمی‌گردد.

پایان

جدول



افقی

۱- حرکات غیرارادی دستها و پاها، تعجب خانمها ۲- وادی مقدس، کله‌پز ۳- بازپرسی، سخن بی‌پرده ۴- ظرف بزرگ چینی یا فلزی برای استحمام، زبان بین‌المللی اختراع شده در سال ۱۸۸۷ ۵- منسوب به فلزی سرخ رنگ، روش جدید ۶- گوشت به زبان ترکی، دویار جدانشدنی، بلند و بالغ ۷- پایتخت یونان ولی آشفته! محلی خوش آب و هوا در شمال غربی تهران، ستون واژگون ۸- یکپارچه، شکوه‌گر جدایی‌ها، رابط دهان و معده ۹- از شهرهای شمالی کشور، پارسا و عابد، ضمیر سوم شخص مفرد ۱۰- سرگرم‌بودن به بازی و کارهای گوناگون، از انگلهای روده ۱۱- محل‌های متبرکه ۱۲- درمان شیرخوار با دادن دارو به مادر

۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										

فلوکسی‌تین می‌باشند. تأثیر ضدافسردگی این داروها معمولاً ۱۰ الی ۱۴ روز بعد از شروع درمان، به تدریج ایجاد می‌شود ولی عوارض جانبی آن مثل خواب‌آلودگی یا خشکی دهان زودتر ایجاد می‌شود. مصرف مقادیر زیاد این گروه داروها می‌تواند خطرناک باشد و ایجاد اختلالات عصبی و قلبی جدی نماید. لذا مصرف و افزایش دوز دارو حتماً باید توسط متخصص مربوطه انجام گردد.

مصرف در حاملگی:

خانواده آمی‌تریپت‌لین: جزء گروه D تقسیم‌بندی می‌شوند. و در بعضی مطالعات حیوانی نقص در تشکیل اندام‌ها دیده شده است لذا مصرف آنها در طی حاملگی ممنوع است.

مصرف در زمان شیردهی: بدلیل عبور از شیر مادر و اثر روی نوزاد ممنوع است.

فلوکسی‌تین: جزء گروه C داروهاست لذا مصرف آن در صورت داشتن منفعت کافی برای مادر با احتیاط و با حداقل دوز مؤثر می‌تواند ادامه یابد. در سه ماه اول حاملگی بهتر است مصرف نشود.

مصرف در زمان شیردهی: در شیر مادر ترشح می‌شود. مصرف آن با سنجیدن منافع آن نسبت به مضرات قطع آن باید صورت گیرد.

۳- داروهای آنتی‌هیستامین یا ضدحساسیت:

در اصل این داروها برای درمان نشانه‌های آلرژی یا حساسیت بکار می‌روند ولی بدلیل اینکه این داروها خواب‌آلودگی نیز ایجاد می‌کنند، گاهی اوقات به عنوان خواب‌آور بخصوص در کودکان مصرف می‌گردند. از جمله داروهای آنتی‌هیستامین که به منظور خواب‌آوری استفاده می‌شود پرومتازین و کلرفنیرامین می‌باشد. نسل جدیدتر داروهای آنتی‌هیستامین اثرات خواب‌آوری کمتری دارند.

مصرف در حاملگی: داروهای ضدحساسیت مثل دکس‌کلرفنیرامین جزء گروه B داروها محسوب می‌گردند. لذا مصرف آن در طی بارداری بدون

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

سردبیر: دکتر افسانه محمدزاده

زیر نظر شورای علمی نشریه: شمیمه اسکندری، دکتر ناصر امیرجنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدری اردکانی، دکتر سهیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه محمدزاده

مدیر داخلی: شمیمه اسکندری

همکاران علمی این شماره: هاله ملکی

همکاران اجرائی: معصومه عباسی مقدم، ابوالفضل علیزاده

ناصر رحیمی، مژده مظه‌ری

طراحی روی جلد: مونا سراجی

گستره توزیع: سراسر کشور

تربیب 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 بلوار داخل دانشگاه، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۲۵

تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: bna@avesina.org

Website: http://www.avesina.org