

سال چهارم خرداد ۱۳۸۲

۴۷

سام باروری و ناباروری

ویژه عموم



- سرمقاله
- لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) (۴)
- سیری در دنیای علم:
- سندرم پیش از قاعدگی (PMS) (۱)
- پانچ بر پرستشای ثنا
- خاطرات باروری
- اخبار علمی برگزیده:
- مصرف سویا و حاملگی
- دانستیهای باروری:
- سیگار کشیدن در کنار نوزاد و کاهش خطر عفونت‌های تنفسی
- اطلاعات دارویی:
- داروهای ضد تشنج و حاملگی و شیردهی
- جدول

EB

پژوهشکده ابن سینا

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

نگ شماره ۱۰۰ تومان

بنام آنکه هستی از اوست

سر مقاله

لقاح خارج رحمی
«باروری آزمایشگاهی»

(۴)

دکتر محمد مهدی آخوندی

ادامه بررسی‌های مورد نیاز قبل از درمان:

همانگونه که متذکر شدیم هیچ زوجی نباید برای درمان ناباروری خود به روش لقاح خارج رحمی اقدام کنند، مگر اینکه مطمئن شوند که هیچ روش مناسب‌تر دیگری برای موقعیت خاص آنها وجود ندارد. شناسایی عامل بوجود آورنده یک مشکل درمانی، مشخص‌کننده راه حل درمان آن نیز می‌باشد و لذا زوج بایستی در مرتبه اول در صدد تشخیص عامل ناباروری خود باشند تا مشخص شود که آیا آنها کاندید خوبی برای درمان به روش باروری آزمایشگاهی «IVF» هستند؟

شناسایی عامل بوجود آورنده یک مشکل درمانی، مشخص‌کننده راه حل درمان آن نیز می‌باشد و لذا زوج بایستی در مرتبه اول در صدد تشخیص عامل ناباروری خود باشند.

در این ارتباط پزشکان ماهر و متخصص در امر ناباروری به اتفاق متخصصین باروری آزمایشگاهی «جنین‌شناس» باید آنها را مورد ارزیابی و مطالعه قرار دهند و بهترین راه‌حل و روش درمانی را مشخص نمایند و حتی اگر دلیل و عاملی برای بروز ناباروری مشخص نشد «در حال حاضر جهت ده درصد از موارد ناباروری، دلیل مشخصی شناسایی نمی‌شود»، ممکن است که تیم درمان انجام لقاح خارج رحمی را به عنوان یک راه حل تشخیصی - درمانی توصیه نمایند.

چه زمانی مرد آماده برای لقاح خارج رحمی است؟

باروری مرد بایستی بوسیله همه روشهای ممکن دقیقاً مورد ارزیابی قرار گیرد. این بررسی نیازمند همکاری آندرولوژیست «متخصص باروری مردان»، جنین‌شناس «متخصص لقاح خارج رحمی» و زوجین می‌باشد. اورولوژیست بدنال شناخت دلیل و یا دلایل مشخص برای ناباروری مرد است.

بررسی و ارزیابی توان باروری مرد، بواسطه بررسی کیفیت و قابلیت باروری اسپرم امکان‌پذیر است.

بررسی تاریخچه بیماری فرد و معاینات بالینی می‌تواند راهی برای شناخت ناهنجاریهای ساختمانی و یا شواهدی از انسداد لوله‌ها و یا علائم فیزیکی عفونت باشد. یکی از مشکلات ساختمانی دستگاه تناسلی مرد واریکوسل است و آن افزایش و بزرگی سیاهرگها در ناحیه اسکروتوم بیضه و نتیجه آن ازدیاد درجه حرارت اطراف بیضه‌ها است که این افزایش دما برای تولید اسپرم مضر است. زمانی که شمارش اسپرم در نمونه منی صفر باشد و یا اینکه تعداد اسپرم در نمونه منی بسیار پائین و میزان هورمون FSH بالا باشد، بیوپسی (نمونه‌برداری از بافت) از بیضه جهت بررسی هیستولوژیکی (بافت‌شناسی) و پاتولوژیکی (آسیب‌شناسی) وضعیت اسپرماتوژنز مرد «اسپرم‌سازی در بیضه» ضروری است.

اگر تعداد اسپرم بسیار کم و میزان هورمون FSH طبیعی باشد، می‌تواند بواسطه انسداد لوله‌های اپیدیدیم و یا لوله‌های وازدفرانس باشد. در چنین مواردی ممکن است جراحی میکروسکوپی برای رفع این انسداد مورد نیاز باشد.

همچنین اگر آندرولوژیست دلیلی مبنی بر عفونت پیدا نمود، تجویز آنتی‌بیوتیک می‌تواند راهی برای کنترل عفونت باشد.

بررسی قدرت توانایی اسپرم مرد آزمایشگاه آندرولوژی و جنین‌شناسی یک مرکز درمان ناباروری، به عنوان یک حلقه مرتبط بین متخصصین نازایی زنان و متخصصین آندرولوژی عمل می‌نماید. متخصصین جنین‌شناسی با انجام تست‌های مختلف آزمایشگاهی، زمینه تشخیص ناباروری و همچنین افزایش توان باروری اسپرم و تخمک را فراهم می‌آورند. بررسی و ارزیابی توان باروری مرد، بواسطه بررسی کیفیت و قابلیت باروری اسپرم امکان‌پذیر است. بررسی مورفولوژی اسپرم، شمارش و تعیین مقدار اسپرم در هر مرتبه انزال، بررسی میزان اسپرم نرمال در نمونه منی، تعیین وضعیت حرکت اسپرم، ارزیابی توان حرکت اسپرم در ناحیه تناسلی زن، توسط آزمایشگاه و تحت بررسی میکروسکوپی انجام می‌پذیرد. مورفولوژی از یک لغت یونانی برای شکل و ساختمان بکار برده می‌شود. به نظر می‌رسد که اسپرم با ظاهری نرمال قابلیت و توان بیشتری را برای باروری تخمک دارد. خوشبختانه امکان باروری مردان حتی با درصد پائین اسپرم نرمال نیز وجود دارد. اگر تعداد و یا حرکت اسپرم غیرطبیعی بود، بایستی پزشک بررسی کند که آیا اشکالات هورمونی دلیل این نقص است یا نه؟

در حالیکه هیچ تجویز دارویی نمی‌تواند میزان شمارش اسپرم را افزایش دهد، غیرطبیعی بودن میزان هورمونها ممکن است دلیل استفاده از داروهای باروری برای افزایش کیفیت منی باشد.

این بررسی نیازمند آزمایشات متنوع دیگری است تا با اندازه‌گیری میزان هورمونهای خاصی در خون توانایی و فعالیت غده تیروئید، غده هیپوفیز و غده جنسی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. در حالیکه هیچ تجویز دارویی نمی‌تواند میزان شمارش اسپرم را افزایش دهد، غیرطبیعی

و رفتاری دخیل می‌باشند. دانشمندان تا به حال نتوانستند علت واحدی را برای PMS شرح دهند. در این رابطه تئوریهای گوناگون از علل هورمونی و شیمیایی تا تغذیه و فیزیولوژیکی مطرح شده است. خانمهاییکه مادر و خواهران آنها PMS داشته‌اند احتمال PMS در آنها بیشتر است؛ بنابراین یک ریشه ژنتیکی ممکن است داشته باشد. از طرف دیگر پزشکان معتقدند که تغییرات سطوح هورمونی در دوران قاعدگی با PMS در ارتباط است؛ بنابراین مجموعه‌ای از علل محیطی، ژنتیکی و فیزیولوژیکی مطرح است.

به عقیده بعضی از پزشکان عوامل هورمونی، شیمیایی، تغذیه‌ای و کاهش ویتامینها (ویتامین B6) در ایجاد PMS دخالت دارند. مثلاً تغییرات سطح هورمونهای جنسی و هورمونهایی که در تنظیم آب و الکترولیت‌های بدن (آلدسترون)، در رشد پستانها و تولید شیر (پرولاکتین) و تنظیم قندخون (انسولین) دخالت دارند و تغییر مواد شیمیایی که از مغز ترشح شده و باعث تسکین درد (اندورفین) و احساس شادابی و آرامش (سروتونین و گاما آمینو بوتیریک اسید (GABA)) در فرد می‌شود.

خانمهاییکه مادر و خواهران آنها PMS داشته‌اند احتمال PMS در آنها بیشتر است.

عوامل هورمونی

۱- استروژن و پروژسترون
PMS در واقع می‌تواند پاسخی باشد به کاهش سطح استروژن و پروژسترون که درست قبل از شروع قاعدگی رخ می‌دهد. البته نقش دقیق هورمون‌ها هنوز بدرستی روشن نیست.

۲- آلدسترون

آلدسترون از دسته هورمونهایی است که در تنظیم مایعات و الکترولیت‌های بدن نقش دارند. تغییر سطح این هورمون باعث احتباس آب و ایجاد ادم می‌شود حالتی که در PMS شایع است.

است ولی احتمالاً مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، تغذیه‌ای، فیزیولوژیکی و رفتاری دخیل می‌باشند. ساده‌ترین تعریفی که می‌توان برای PMS بیان کرد: ظهور دوره‌ای یک یا چند علامت از مجموعه بی‌شماری از علائم، درست قبل از قاعدگی با شدت‌های مختلف که در پی آن دوره‌ای فاقد هرگونه علامت می‌باشد. بیش از ۱۵۰ علامت با PMS در ارتباط است.

مهمترین مشخصه PMS طبیعت دوره‌ای بودن علائم است؛ بطوریکه قبل از قاعدگی شروع شده و با شروع خونریزی کاهش یافته و معمولاً یک هفته بعد از پایان قاعدگی یک دوره خالی از هرگونه علائم وجود دارد.

هیچ تست تشخیصی برای PMS وجود ندارد. برای خانمهاییکه علائم شدید PMS را تجربه کرده‌اند، استفاده از بعضی آزمایشات در واقع برای رد کردن سایر وضعیتهای پزشکی است؛ ولی در رابطه با تشخیص PMS تغییرات فیزیکی و روحی که با سیکل قاعدگی خانمها هماهنگ است معمولاً یک شاخص کمک‌کننده است. مهمترین مشخصه PMS طبیعت دوره‌ای بودن علائم است؛ بطوریکه قبل از قاعدگی شروع شده و با شروع خونریزی کاهش یافته و معمولاً یک هفته بعد از پایان قاعدگی یک دوره خالی از هرگونه علائم وجود دارد. حداقل ۲۵٪ از خانمهاییکه PMS دارند این دوره خلاصی از علائم را ندارند؛ لذا این افراد بایستی از نظر سایر وضعیتهای روانی و پزشکی مورد بررسی قرار بگیرند. PMS به طرق گوناگون قابل درمان است. مؤثرترین درمان معمول و مرسوم، درمان غیرپزشکی، یعنی تغییر در رژیم غذایی و روش زندگی می‌باشد.

علل PMS

علت PMS به درستی شناخته نشده است ولی احتمالاً مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، تغذیه‌ای، فیزیولوژیکی

بودن میزان هورمونها ممکن است دلیل استفاده از داروهای باروری برای افزایش کیفیت منی باشد. داروهای از قبیل کلومیفن سیترات، HMG و HCG با گزارش موفقیت‌های متفاوتی در این گونه موارد استفاده شده‌اند. همچنین ممکن است تست‌های مشکل و پیچیده دیگری نیز ضروری باشد.

اگر مشکلات ناباروری با استفاده از این روشها قابل تشخیص نباشند، برای مثال اگر مورفولوژی، حرکت و تعداد اسپرم به نظر طبیعی باشند ولی اسپرم نتواند در ناحیه تناسلی زن بخوبی حرکت نماید و یا اینکه تعدادی اسپرم بصورت مجتمع به هم متصل شوند، ممکن است مطالعات ایمونولوژیک بر روی خون و اسپرم ضروری باشد تا معین شود که آیا آنتی‌بادی تولید نموده، که موجب کاهش و یا توقف فعالیت اسپرم گردیده است. این حالت (تولید آنتی‌بادی) در زمانی اتفاق می‌افتد که عفونت، ضربه و یا جراحی موجب صدمه به لوله‌های انتقال‌دهنده اسپرم و یا بیضه‌ها شود.

ادامه دارد

سیری در دنیای علم



سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome)

(۱)

شمیسه اسکندری

کارشناس مامایی پژوهشکده ابن‌سینا

زنان ممکن است یک سری تغییرات فیزیکی و روحی را قبل از قاعدگی تجربه کنند که در اصطلاح پزشکی به این تغییرات «سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome)» گفته می‌شود که به طور شایع به PMS معروف است. تغییرات فیزیکی و روحی قبل از قاعدگی در بیش از ۸۰٪ از خانمها رخ می‌دهد. علت PMS به درستی شناخته نشده

۳- پرولاکتین

پرولاکتین هورمونی است که باعث رشد پستانها و تولید شیر در دوران حاملگی می‌شود و با آموره (عدم قاعدگی) و سایر مشکلات زنانگی در ارتباط است. ترشح زیاد این هورمون باعث حساس و دردناک شدن پستانها شده حالتی که در PMS مشاهده می‌شود. هر چند مطالعات نشان داده است که جلوگیری از ترشح زیاد پرولاکتین در تخفیف علائم نقشی ندارد.

۴- انسولین

تغییر سطح انسولین و کاهش قندخون (هیپوگلیسمی) بسیاری از ناراحتی‌های PMS را تشدید می‌کند. گروهی از محققین معتقد هستند که کاهش قندخون تقویت‌کننده PMS است.

PMS در واقع می‌تواند پاسخی باشد به کاهش سطح استروژن و پروژسترون که درست قبل از شروع قاعدگی رخ می‌دهد.

عوامل شیمیایی

۱- اندورفین

اندورفین یک ماده شیمیایی است که از مغز ترشح شده و باعث تسکین درد و بالارفتن آستانه تحمل درد می‌شود. کاهش سطح این ماده ممکن است با PMS در ارتباط باشد.

۲- سرتونین ها و گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA)

مواد شیمیایی هستند که پیامهای عصبی را از یک سلول عصبی به سلول عصبی دیگر منتقل می‌کنند. سطح پایین سرتونین باعث افسردگی و سطح پایین GABA باعث اضطراب و نگرانی می‌شود. این حالات (افسردگی، اضطراب و نگرانی) در PMS وجود دارد.

تغذیه

احتمالاً نقش بسیار اساسی در PMS دارد. خانها می‌توانند بوسیله تغییر رژیم غذایی خیلی از علائم را کاهش دهند. تجربه نشان داده است که حذف بعضی از مواد غذایی و

نوشابه‌ها در کاهش و تخفیف علائم بسیار مؤثر بوده است.

تغییر سطح انسولین و کاهش قندخون (هیپوگلیسمی) خیلی از ناراحتی‌های PMS را تشدید می‌کند.

از آنجاییکه علائم مرتبط به افسردگی در خانهاییکه از PMS رنج می‌برند شایع است، افسردگی ممکن است عواملی که سبب PMS می‌شود را تشدید کرده و شرایط ابتلا به PMS را در فرد ایجاد کند. در یک مطالعه، افسردگی در بین ۱۰۰-۵۷٪ خانهاییکه از PMS رنج می‌برند مشاهده شده است؛ در حالیکه این میزان در میان افرادی که PMS نداشتند تا ۲۰-۰٪ بوده است.

ادامه دارد

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: در مدت یکسال اخیر ۴ دفعه با فاصله، دچار کیست تخمدان در تخمدانهای چپ و راست و به اندازه‌های مختلف (حداقل ۲۵ میلی‌متر و حداکثر ۵۰ میلی‌متر) شده‌ام که با مصرف قرص‌های ضدبارداری هر بار مرتفع گردیده و دوباره عود کرده است. علت این امر چیست؟ آیا این مشکلی برای چه‌دارشدن من در آینده ایجاد نمی‌کند؟ این موضوع با «سندرم تخمدان پلی‌کیستیک» ارتباط دارد؟ در ضمن یادآور می‌شوم که مدت ۳

سال است که ازدواج کرده‌ام ولی بعلت اشتغال به تحصیل و کارمندی بودن از چه‌دارشدن جلوگیری کرده‌ام. ولی پزشک معالجم بدون هیچ دلیل موجهی مرا از ادامه این کار منع کرده است و می‌گوید بهتر است بعد از زایمان اول پیشگیری کنی تا دچار مشکلات ناباروری نشوی. در حال حاضر من اصلاً آمادگی فرزنددارشدن را ندارم خواهشمند است مرا در این خصوص نیز راهنمایی فرمائید.

(۱- ف از مشهد)

جواب: چهار بار تکرار کیست تخمدان در فاصله یکسال احتیاج به ارزیابی‌های هورمونال و سونوگرافی سریال دارد. در حقیقت تطبیق علائم بالینی بیمار (منظم یا نامنظم بودن سیکلهای ماهیانه، وجود یا عدم پرموئی و چاقی،...) با ارزیابیهای هورمونال و سونوگرافی ضروری است. از آنجاییکه شما هیچ اشاره‌ای به وضعیت سیکل ماهیانه و یا سایر علائم ذکر شده نکرده‌اید نمی‌توان در مورد ابتلاء شما به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک اظهار نظر قطعی کرد. ولی به هر صورت تکرار کیست‌ها و بخصوص پاسخ آنها به قرص ضدبارداری، نمایانگر وجود نوعی اختلال در سیستم‌های هورمونی بدن شما می‌باشد که با گذشت زمان، احتمال تأثیر روی باروری هم دارد. و احتمالاً پزشک معالج شما هم به همین دلایل مشوق شما برای چه‌دارشدن هستند. البته باید خاطرنشان کرد که اولین قدم برای چه‌دارشدن، ایجاد محیط امن خانواده برای فرزند است که بررسی و حل مسائل خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی و حمایت‌های خانواده و بخصوص شوهر در اولویت می‌باشند. لذا توصیه می‌شود با مراجعه مرتب به پزشک و انجام آزمایشات هورمونی و سونوگرافی منظم، ابتدا کیست‌های تخمدان درمان مناسب شده و سپس در صورت فراهم بودن شرایط خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی و نیز تأیید

پزشک معالج، برای بچه‌دار شدن اقدام به بارداری گردد.

خاطرات باروری



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

از همان ماه اول ازدواج برای بچه‌دار شدن تلاش کردیم در طی سه سال و نیم تلاش برای باروری خیلی از آزمایشات و درمانهای ناباروری را انجام دادیم. وقتی ۲ سال از تلاش ما برای باروری گذشت اقدام به فرزندخواندگی کردیم. انتخاب این راه برای ما دشوار نبود چون شوهرم خودش نیز یک فرزندخوانده بود. بنابراین ما پذیرفته بودیم که این یک راه قابل قبول است تا بتوانیم خانواده خود را بسازیم. ما واقعاً می‌خواستیم والدین باشیم و شاید این آخرین راهی بود تا ما بتوانیم لذت بچه‌داشتن را کسب کنیم. لذت فراوان از یک بچه‌ای که هیچگونه قرابت خونی و ارتباط بیولوژیکی با ما نداشت. «عشق و محبت ارتباط ژنتیکی نمی‌شناسد». ما پسری را یک روز بعد از تولدش به فرزندخواندگی پذیرفتیم. بچه‌ای که فکر می‌کردیم پسر خودمان است ولی فقط یک روز والدین او بودیم روز بعد مادر واقعی بچه که خودش قبول کرده بود به خاطر شرایط نامناسبی که دارد بچه‌اش را به ما بسپارد پیشمان شد و تصمیم گرفت فرزندش را خودش بزرگ کند. ضربه روحی بدی به من و شوهرم وارد شد؛ ولی ما شکست نخوردیم و امیدمان را از دست ندادیم. همه آنهایی که ناباروری را تجربه کرده‌اند واقعاً می‌دانند که چه تجربه سخت و ناگواری است بخصوص وقتی می‌بینی که سایر مردم خیلی راحت و بی‌دغدغه به آرزوهایشان می‌رسند و مجبور نیستند برای بچه‌دار شدن تلاش کنند

مخصوصاً مردمی که به نظر می‌رسد؛ ظاهراً نمی‌توانند والدین خوبی باشند. من حالتی داشتم که حتی رفتن به فروشگاه هم برایم مشکل بود چرا که دیدن غرفه‌های فروش لوازم نوزاد و اسباب‌بازی قلبم را جریحه‌دار می‌کرد. واقعاً دیگر برایم قابل باور نبود که زمانی بتوانم مادر شوم؛ ولی زندگی ما چندی بعد تغییر کرد.

در اوایل دی ماه سال ۱۳۷۸ بود که در اوج افسردگی بودم و بخاطر ناباروری و مشکلات فرزندخواندگی دل از دنیا کنده بودم. در اواسط همان ماه یک امکان دیگر برای فرزندخواندگی فراهم شد.



یکی از دوستانم تلفنی به ما اطلاع داد که مادر ۲۱ ساله‌ای را می‌شناسد که می‌خواهد فرزندش را به خانواده‌ای بسپارد. من با اشتیاق زیاد به حرفهایش گوش می‌دادم. او می‌گفت این شخص بچه بدنیا نیامده‌اش را خیلی دوست دارد ولی بخاطر شرایطی که برایش پیش آمده مجبور است این کار را انجام دهد چون خوشبختی فرزندش را می‌خواهد. چهار ماه به تاریخ تولد فرزندش مانده بود. نمی‌دانستم در طول این چهار ماه چه چیزی پیش خواهد آمد. آیا این تصمیم نهایی او بود و یا نه در طول این مدت تصمیمش عوض می‌شد؟ خیلی دلهره داشتم. دوستم شعله‌ای از امید در دل ما روشن کرده بود. ولی من هر روز هراس خاموش شدن آن شعله را داشتم. یک بار، تمام امیدهای ما نقش بر آب شده بود. آیا باز هم چنین اتفاقی خواهد افتاد؟

این افکار لحظه‌ای از ذهنم پاک نمی‌شد. بعد از گذشت یک ماه به

دوستم زنگ زد. تا از پابرجا بودن تصمیم این مادر مطمئن شوم. و از او خواستم شرایطی را فراهم کند تا من بتوانم این خانم را ملاقات کنم. قرار شد به من اطلاع دهد. هر لحظه و هر ساعت گوشم به زنگ تلفن بود. با هر زنگ تلفن بی‌اختیار از جا می‌پریدم. تا اینکه بعد از چند روز دوستم به من اطلاع داد که او حاضر نیست مرا ببیند چون فکر می‌کند اگر هیچ شناختی از خانواده‌ای که بچه‌اش را می‌پذیرد نداشته باشد بهتر است و راحت‌تر می‌تواند از بچه‌اش دل بکند و او را فراموش کند. از دوستم خواهش کردم از او بخواهد لااقل اجازه بدهد تلفنی با او صحبت بکنم. او قبول کرد. نمی‌دانید روزی که قرار شد به او زنگ بزنم چه روز پر دلهره و پر اضطرابی بود. لحظه‌ای قرار نداشتیم تا لحظه مقرر رسید. گوشی تلفن را برداشتم، با یک دنیا دلهره و تشویش شماره را گرفتم. آخرین شماره را که گرفتم با اولین زنگ بی‌اختیار تلفن را قطع کردم. خدایا من چه می‌توانم بگویم به مادری که همه وجودش را می‌خواهد به من بسپارد؛ چه دارم که بگویم. کمی صبر کردم. دوباره شماره را گرفتم. نفس عمیقی کشیدم و گفتم خدایا توکل به تو. با صدای گرم و دلنوازی زنگ تلفن خاتمه یافت. سلام گفتم و خودم را معرفی کردم. با همان گرمی جواب سلام را داد و احوال‌پرسی کرد. خیلی با هم صحبت کردیم و طوری صحبت ما ادامه یافت که گویی دوستان چندین و چند ساله هستیم. این اولین تلفن و آخرین تلفن من به او بود چون او از من خواست که بعد از این هرگز با او هیچ تماس نداشته باشم و برای همیشه او را فراموش کنم و فرزند بدنیا نیامده او را فرزند خودم بدانم. بعد از تمام شدن تلفن، چنان عاطفه‌ای نسبت به این مادر به من دست داده بود که احساس کردم نگهداری از فرزند او وظیفه من است. نه فقط به خاطر عشق و محبت و لذت مادری، بلکه بخاطر دل دردمند این مادر من باید به بهترین شکل ممکن از این بچه نگهداری کنم. بقیه ماههای انتظار نیز با نگرانی سپری شد با این

مادران سیگاری خطر بستری شدن در بیمارستان بدلیل عفونتهای دستگاه تنفسی در آن دسته از نوزادانی که مادران آنها در محیطی که نوزادانشان حضور دارند سیگار نمی‌کشند کمتر است.

دکتر Blizzard و همکارانش از دانشگاه استرالیا، ۴۴۸۶ نوزاد را از تولد تا ۱۲ ماهگی به منظور بستری شدن در بیمارستان بدلیل عفونتهای دستگاه تنفسی مورد بررسی قرار دارند و دریافتند که حدود ۷/۸٪ از این نوزادان در بیمارستان بستری شده بودند. محققین گزارش کردند که با مروری بر دوران بعد از تولد آنها مشخص شد که ۴۸/۵٪ از مادران این نوزادان سیگار می‌کشیدند.

والدین سیگاری به هیچ وجه در محیطی که نوزادان آنها حضور دارند سیگار نکشند.

این محققین گزارش کردند که ۷/۸٪ از این مادران در بعضی اوقات یا بیشتر اوقات در همان اتاقی که نوزاد حضور داشت سیگار می‌کشیدند. در میان مادرانیکه در حضور نوزادانشان سیگار می‌کشیدند، خطر بستری شدن در بیمارستان بدلیل عفونتهای دستگاه تنفسی ۵۶٪ بیشتر بود، در مقایسه با مادرانیکه این کار را انجام نمی‌دادند. دکتر Blizzard و همکارانش شرح دادند که این خطر در میان نوزادانیکه والدین آنها سیگار نمی‌کشند و یا در محیطی که آنها حضور دارند سیگار نمی‌کشند، در مقایسه با مادرانیکه بیشتر اوقات در حضور نوزادان سیگار می‌کشند تا ۷۰/۶٪ کاهش می‌یابد. گزارش شده است که از میان مادرانیکه سیگار می‌کشند ۲۷٪ در هنگامیکه نوزادان را در آغوش دارند سیگار می‌کشند و ۱۷/۵٪ در زمانیکه به نوزادانشان شیر می‌دهند. در نوزادان مادرانیکه حین در آغوش گرفتن آنها سیگار می‌کشند؛ خطر بستری شدن آنها در بیمارستان به دلیل عفونتهای تنفسی ۷۳٪ بیشتر است و نوزادانیکه مادران آنها حین شیردادن به آنها سیگار

که موشهای نری که مادرانشان در طول حاملگی Genistein گرفته‌اند، در مقایسه با موشهای نری که مادران آنها این ماده شیمیایی را نگرفته‌اند. سطح تستوسترون پایین‌تر و پروستات بزرگتر (در سطح موشهای بالغ) داشته‌اند و در هنگام بلوغ نیز بیضه آنها کوچکتر بود. محققین هاپکینز تأکید کردند که یافته‌های آنها بر این امر دلالت نمی‌کند که Genistein چنین اثری را در انسان نیز ایجاد می‌کند ولی آنها تحقیقی را طرح‌ریزی کردند که امیدوارند به این سؤالات پاسخ بدهند. یکی از محققین این مطالعه گفته است که ما متوجه شدیم این موشها عضلات تحلیل رفته داشتند و این مسئله این سؤال را ایجاد می‌کند که آیا Genistein روی رشد و نمو جنین اثر می‌گذارد؟ این مطالعه در شماره آوریل مجله اورولوژی گزارش شده است. در این مطالعه بچه موشهای نر به سه گروه ۱۲ تایی تقسیم شدند. رژیم غذایی مادران یک گروه فاقد Genistein و مادران گروه دوم با مقدار کم آن و گروه سوم با میزان بالا تنظیم گردید. محققین این مطالعه گفته‌اند که این ماده ظاهراً بیشترین اثر را روی رشد و نمو جنین دارد. با این مطالعه نشان دادیم که احتمالاً جایی که بیشترین اثر را خواهد داشت در داخل رحم و در دوران جنینی است بدلیل اینکه این دوره یک زمان بحرانی برای رشد و نمو دستگاه تولیدمثل جنین می‌باشد. ولی برای اثبات این نظریه در انسان تحقیقات و مطالعات گسترده‌ای نیاز است.

دانستی های باروری



عدم سیگار کشیدن مادران سیگاری در حضور نوزادان باعث کاهش خطر عفونت دستگاه تنفسی آنها می‌گردد

بر طبق گزارشی که در شماره مارس نشریه آمریکایی بهداشت عمومی به چاپ رسیده است. در میان نوزادان

فرق که نگرانی من برای احتمال از دست‌دادن بچه نبود. بلکه برای چگونگی نگهداری بچه بود. چون احساس می‌کردم دینی بر دوشم گذاشته شده که باید ادا شود. همانطور که مادر بچه خواسته بود، بدون اینکه بچه‌اش را ببیند، بچه را تحویل من دادند. با دیدن چهره معصوم این بچه محبت و علاقه‌ام به این مادر و فرزند صدچندان شد و... در حال حاضر سه سال از این جریان می‌گذرد. در طول این مدت من و شوهرم برای اینکه علاقه‌مان نسبت به دخترمان کم نشود هیچ‌گونه اقدام درمانی برای بچه‌دار شدن نکردیم و به خدا توکل کردیم. اگر صلاح بود بطور طبیعی بچه‌دار خواهیم شد تا دخترمان نیز خواهر یا برادر داشته باشد اگر نه خدا را شکر می‌کنیم و از او مدد می‌جوییم تا بتوانیم وظیفه خود را در نگهداری و تربیت تنها دخترمان به نحو احسن انجام دهیم. پایان

اخبار علمی برگزیده



آیا مصرف سویا در دوران حاملگی مجاز است؟

مطالعه روی موش نشان داده است که یک ماده شیمیایی که در سویا نیز وجود دارد ممکن است باعث اختلال عملکرد جنسی نوزادان پسر شود. این مطالعه جدید مبنی بر اینکه خوردن سویا در طول حاملگی می‌تواند باعث ناهنجاری‌های دستگاه تولیدمثل و اختلال عملکرد جنسی در نوزادان پسر شود، سؤالات زیادی را برانگیخته است.

محققین Johns Hopkins دریافتند که موشهای نری که مادرانشان در طول حاملگی از رژیم غذایی حاوی Genistein ماده‌ای که در سویا وجود دارد استفاده می‌کردند هرگز نتوانستند در طول بارور کردن موشهای ماده انزال داشته باشند. همچنین این مطالعه نشان داده است

پیشگیری بارداری باید تذکرات جدی داد.

به زنان جوان که در حال مصرف داروهای ضدصرع هستند قویاً توصیه می‌شود قبل از بارداری، تمایل به بارداری را با پزشک خود مطرح نمایند.

داروهای متداول:

انتخاب داروی ضدتشنج بستگی به نوع صرع و سن فرد دارد. در صرع بزرگ معمولاً از فنی‌توئین، کاربامازپین و فنوباریتال استفاده می‌شود. در صرع کوچک از اتوسوکسماید، سدیم والپورات استفاده می‌شود و در حملات جزئی کاربامازپین بیشترین استفاده را دارد. در موارد بروز حمله، از دیازپام وریدی برای کنترل موقت حمله استفاده می‌شود و سپس داروهای لازم به فرد داده می‌شود.

عوارض جانبی داروها:

ایجاد خستگی، خواب‌آلودگی، کاهش حافظه جزء عوارض شایع داروها هستند، مصرف با دوز کم و تدریجاً افزایش یابنده از بروز این علائم تا حدی می‌کاهد. ولی باید به خاطر داشت که در حین مصرف این داروها، باید از انجام کارهایی که نیاز به تمرکز و هوشیاری کامل دارد مثل رانندگی یا کار با وسایل سنگین و آلات تیز خودداری کرد.

چون این داروها از کبد دفع می‌شود، احتمال اینکه به توانائی کبد در تجزیه داروهای دیگر لطمه بزند وجود دارد. مثلاً مصرف همزمان داروهای ضدتشنج و قرصهای جلوگیری از بارداری، باعث افزایش تخریب قرصهای جلوگیری از بارداری در کبد شده و لذا سطح مؤثر این دارو را کم می‌کند.

مصرف فنی‌توئین در کودکان عوارض نامطلوبی مثل رشد بیش از حد لثه‌ها، جوش صورت و افزایش موی بدن ایجاد می‌کند. لذا در کودکان از این دارو استفاده نمی‌شود.

مصرف داروهای ضدتشنج از جذب برخی ویتامین‌ها مثل ویتامین K و D

چرا از داروهای ضدتشنج استفاده می‌کنیم؟

کنترل حملات صرع مهم است زیرا علاوه بر اینکه تکرار حملات و بخصوص انواع طولانی‌تر آن ممکن است باعث آسیب جدی به مغز گردد، چون فرد بیهوش می‌شود، امکان افتادن و صدمات ناشی از آن نیز وجود دارد. نکته مهم در درمان صرع، مصرف منظم داروهاست. برخی بیماران مدتی پس از مصرف دارو، به خیال اینکه چون مدتی است دیگر دچار حمله نشده‌اند دارو را خودسرانه کم یا قطع می‌کنند. در حقیقت تا ۲ سال پس از آخرین تشنج حتماً باید دارو بطور مرتب مصرف شود. گاهی ممکن است یک دارو در کنترل صرع مؤثر نباشد و به تغییر دارو یا اضافه کردن داروی دیگری به داروی اولی نیاز داشته باشیم.

مصرف همزمان داروهای ضدتشنج و قرصهای جلوگیری از بارداری، باعث افزایش تخریب قرصهای جلوگیری از بارداری در کبد شده و لذا سطح مؤثر این دارو را کم می‌کند.

داروهای ضدتشنج چگونه در بدن اثر می‌کنند؟

بیشتر داروهای ضدتشنج دارای یک اثر مهار روی سلولهای مغز هستند و با خاموش کردن فعالیت الکتریکی مغز، از تشنج جلوگیری می‌کنند. متأسفانه این داروها، منجر به کاهش تمرکز فرد، کاهش حافظه و حالت خستگی می‌شوند. به همین دلیل معمولاً با مقدار کم دارو شروع می‌کنند و سپس در طی چند هفته مقدار دارو به تدریج اضافه می‌شود. لذا مصرف منظم و طولانی مدت دارو اهمیت ویژه‌ای دارد. بیمار هرگز بدون مشورت با پزشک نباید اقدام به کاهش دارو یا قطع آن کند. به زنان جوان بیمار در مورد استفاده از روشهای

می‌کشند این افزایش خطر ۹۵٪ است. این محققین توصیه می‌کنند والدین سیگاری به هیچ وجه در محیطی که نوزادان آنها حضور دارند سیگار نکشند.

اطلاعات دارویی



داروهای ضدتشنج و حاملگی و شیردهی

دکتر افسانه محمدزاده

داروهای ضدتشنج

سلولهای مغز با ایجاد فعالیت الکتریکی که از طریق اعصاب به عضلات می‌رسد بدن را به حرکت در می‌آورد. تشنج یا صرع بدلیل بی‌نظمی و اغتشاش در تولید و انتقال پیامهای الکتریکی در سلولهای مغز ایجاد می‌گردد و بدنبال آن هوشیاری و یا حرکات دست و پا دچار اختلال می‌شود.

۳ نوع صرع وجود دارد.

۱- صرع بزرگ: که بدنبال علائم هشداردهنده (مثل احساس برق‌گرفتگی)، بیمار ناگهان از هوش می‌رود و دست‌ها و پاها دچار تکان‌های شدید می‌گردد. در طی این مدت حمله که معمولاً چند دقیقه طول می‌کشد ممکن است دفع ادرار و خروج کف از دهان هم مشاهده شود.

۲- صرع کوچک: که غالباً در کودکان اتفاق می‌افتد موقتاً هوشیاری از دست می‌رود و کودک حالت مات و بهت زده پیدا می‌کند.

۳- صرع جزئی: در این صرع هوشیاری شخص پابرجاست ولی حملات جزئی موجب اختلالات شدید حسی یا گرفتگی عضلانی می‌شود.

اکثراً علت صرع ناشناخته است ولی عواملی چون برخی بیماری‌ها، آسیب یا توده‌های مغزی، اثرات سمی برخی داروها و تب بالا در کودکان نیز مطرح شده است. لذا قبل از شروع داروهای ضدصرع می‌بایست اقدامات تشخیصی دقیق جهت بررسی علل و رفع آنها انجام گردد.

