

۴۹

پيام باروری و ناباروری

سال پنجم مرداد ۱۳۸۲

ویژه عموم



- سرمقاله
- لقاح خارج رحمی بارداری آزمایشگاهی (۳) (۶)
- سیری در دنیای علم:
- درد قاعدگی یادیسمنوره
- پاسخ به پرسشهای شما
- خاطرات باروری
- اخبار علمی برگزیده:
- پرورش ترون و مانعت از حاملگی زودرس
- دانستیهای باروری:
- حاملگی و انسدگی
- اطلاعات دارویی:
- داروهای ضد تهوع و استفراغ شیردهی (۲)
- جدول

EB

پژوهشکده ابن سینا

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

تک شماره ۱۰ تومان

بنام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی»

(۵)

دکتر محمد مهدی آخوندی

بررسی های مورد نیاز برای زن قبل از درمان:

همانگونه که در ناباروری مردان توضیح داده شد، مشخص شدن دلیل ناباروری زن نیز، نیازمند آنالیز دقیق تاریخچه بیماری و بررسی های کلینیکی و پاراکلینیکی است. در این رابطه زنان بایستی قبل از درمان در سه زمینه مورد ارزیابی و بررسی دقیق قرار بگیرند.

۱- الگوی تخمک گذاری «اویلشن» ۲- تمامیت ساختمانی «آناتومیکی» ۳- موقعیت موکوس دهانه رحم «سرویکس». در ادامه نوشتار، این سه مورد، همراه با آزمایش ها و بررسی های مورد نیاز و همچنین اقدامات لازم جهت تصحیح نقائص ارائه میشود.

رسم منحنی درجه حرارت بدن بطور روزانه راهی برای بررسی الگوی تخمک گذاری است.

۱- الگوی تخمک گذاری: زن وقتی سالم و بارور است که در زمان صحیح و در محیط هورمونی مناسب تخمک گذاری نماید. یکی از راههای مطمئن و مورد وثوق بررسی تخمک گذاری، مطالعه وضعیت تخمدان های زن از طریق لاپاراسکوپ و همچنین بررسی های مکرر توسط سونوگرافی (اولتراسوند) در حوالی زمان تخمک گذاری است. باید متذکر شویم، مقصود از بررسی اوولیشن، تنها مشخص کردن تخمک گذاری زن نیست بلکه تعیین زمان مناسب تخمک گذاری، در موقعیت مناسب و تنظیم شده هورمونی با رشد مناسب و قابل قبول لایه های رحمی از اهمیت بسیاری برخوردار

است. اگرچه آزمایشات ذیل شواهد نهایی را مبنی بر تخمک گذاری زن فراهم نمی نماید ولی این امکان را فراهم می کند تا حد و میزان انطباق زمانی این موارد حیاتی در نیمه دوم سیکل قاعدگی (فاز لوتئال) تشخیص داده شود. لذا آزمایشات زیر نشانه های ارزشمندی از وضعیت مناسب تخمک گذاری، و موقعیت هورمونی آن است.

معمولاً در دو هفته آخر سیکل قاعدگی درجه حرارت بدن زن افزایش می یابد و این الگوی دوفازه (حتی بصورت افزایش تدریجی) اطلاع از عمل تخمک گذاری وی میدهد.

منحنی درجه حرارت بدن (BBT Chart):

رسم منحنی درجه حرارت بدن بطور روزانه راهی برای بررسی الگوی تخمک گذاری است. زن هر روز صبح و قبل از خروج از رختخواب درجه حرارت بدن خود را از طریق دهان اندازه گیری نموده و ثبت می نماید و سپس درجه حرارت روزانه را بر روی چارت BBT رسم می نماید. الگوی بدست آمده توسط چارت، نشان دهنده میزان بازدهی هورمون پروژسترون مترشحه توسط کورپوس لوتئوم (جسم زرد) در تخمدان می باشد. درجه حرارت زن پس از ۲۴-۱۲ ساعت از زمان تخمک گذاری شروع به بالا رفتن می نماید و این افزایش در مدت ادامه سیکل قاعدگی تا پایان فاز لوتئال (یعنی تا هنگامیکه تخمدان ها این هورمون را برای آماده سازی اندومتریوم تولید می نمایند) تداوم می یابد. به عبارت دیگر هورمون پروژسترون با اثر بر روی مرکز تنظیم کننده درجه حرارت در مغز باعث افزایش درجه حرارت بدن زن میگردد بطوریکه که از زمان تولید و ترشح پروژسترون این افزایش شروع شده و تا پایان سیکل قاعدگی و افت سطح پروژسترون باقی مانده و قبل از شروع سیکل قاعدگی بعدی کاهش می یابد. به مجرد افزایش میزان درجه حرارت بدن در طول سیکل قاعدگی، میتوان به حضور پروژسترون پی برد.

معمولاً در دو هفته آخر سیکل قاعدگی درجه

حرارت بدن زن افزایش می یابد و این الگوی دوفازه (حتی بصورت افزایش تدریجی) اطلاع از عمل تخمک گذاری وی میدهد. دو میزانه بودن چارت BBT نشان دهنده افزایش میزان و تولید و ترشح هورمون و تخمک گذاری و دیگر پدیده های سیکل قاعدگی است. در زمان تخمک گذاری همچنین میزان استروژن خون (استرادیول) به بالاترین حد خود میرسد. این افزایش بیش از حد بعنوان یک عامل مهم و ماشه ای برای ترشح یکمترتبه LH و همچنین کاهش میزان ترشح FSH میشود.

در حدود ۳۴ الی ۳۶ ساعت پس از افزایش ناگهانی LH در خون زن که توسط بررسی با آزمایش هورمونی، مشخص می گردد؛ تخمک گذاری رخ میدهد و یکروز پس از آن درجه حرارت بدن افزایش می یابد. چند ساعت پس از تخمک گذاری میزان استروژن خون بتدریج کاهش می یابد و سپس دو مرتبه افزایش یافته و مجدداً قبل از شروع سیکل قاعدگی یکباره پائین می آید.

در حدود ۳۴ الی ۳۶ ساعت پس از افزایش ناگهانی LH در خون زن که توسط بررسی با آزمایش هورمونی، مشخص می گردد؛ تخمک گذاری رخ میدهد.

ترشح و تغییرات همه این هورمونها، با رشد تخمکها و آزاد شدن آنها هماهنگ میباشد. فولیکول ها در نیمه اول سیکل قاعدگی (فاز پرولیفراتیو) شروع به رشد می نمایند و سپس فوراً پس از تخمک گذاری از بین رفته و تبدیل به کورپوس لوتئوم میشوند. بدنبال آن، این کورپوس لوتئوم است که در نیمه دوم سیکل قاعدگی استروژن و پروژسترون را تولید می نماید. عمر طبیعی کورپوس لوتئوم ۱۲ الی ۱۴ روز می باشد. از بین رفتن و فقدان کورپوس لوتئوم موجب کاهش ناگهانی میزان استروژن و پروژسترون میشود. و از بین رفتن و حذف کورپوس لوتئوم و به دنبال آن کاهش میزان هورمونهای استروژن و پروژسترون منجر به تأثیر مخرب آن بر اندومتر و شروع قاعدگی میشود. در صورت بروز حاملگی زندگی کورپوس لوتئوم تداوم یافته و میزان ترشح استروژن و پروژسترون

سابقه خانوادگی:

بنظر میرسد بین دیسمنوره خواهران با هم و دختران با مادرارتباطی وجود داشته باشد که علت آن می تواند به دلیل مسائل ژنتیکی باشد. بعضی بیماریها مثل اندومتريوز هم در خانواده ها بیشتر دیده میشود. حتی در صورت وجود زمینه ژنتیکی برای بروز این بیماری، باز هم تولید پروستاگلاندینها افزایش می یابد و بدلیل اثرات جانبی این مواد است که درد و سایر علائم همراه آن ایجاد میگردد.

مسائل روانی:

بنظر میرسد که حتی در یک فرد، دیسمنوره از زمانی تا زمان دیگر متفاوت است. مشکلات و مسائل روانی ممکن است روی شدت دیسمنوره تأثیر بگذارد. واکنش نوجوان به دیسمنوره هم مهم است. غیبت از مدرسه یا جلسات امتحانی از واکنش های پیچیده نوجوان در دیسمنوره می باشد.

درمان:

قبل از درمان دیسمنوره باید توسط گرفتن شرح حال دقیق، معاینه و انجام آزمایشات و سونوگرافیهای لازم مشخص نمود که دیسمنوره اولیه (بدون علت) یا ثانویه (باعلت) است. در صورت کشف علت زمینه ای برای دیسمنوره درمان آن انجام میشود.

در صورت پیدانشدن هیچ علت واضحی برای دیسمنوره، در گروه اولیه قرار می گیرد. و درمانهای نگهدارنده جهت کنترل درد توصیه می گردد.

در صورت پیدانشدن هیچ علت واضحی برای دیسمنوره، در گروه اولیه قرار می گیرد. و درمانهای نگهدارنده جهت کنترل درد توصیه می گردد. با توجه به اینکه پروستاگلاندینها به عنوان علت این دردها شناسائی شده اند مسکن های ضد پروستاگلاندینها مثل استامینوفن، مفنامیک اسید و بخصوص ایبوپروفن همراه با گرما درمانی و استراحت باعث تسکین علامتی بیماران میشود. متأسفانه بدلیل دردسترس بودن مسکن های مختلف و بدون نسخه،

ممکن است درد ۲-۱ روز قبل از شروع قاعدگی شروع شود و تا ۴-۲ روز بعد از شروع قاعدگی ادامه یابد. گاهی ممکن است در طی خون ریزی ماهیانه، همراه با خون ریزی زیاد و دفع لخته، دردهای کرامپی ایجاد گردد.

دیسمنوره معمولاً از حوالی ۱۵-۱۴ سالگی (۳-۱ سال پس از شروع اولین قاعدگی یا منارک) شروع میشود.

علت ایجاد دیسمنوره:

دیسمنوره به ۲ گروه اولیه یا بدون علت و ثانویه یا با علت مشخص تقسیم می گردد. اکثریت موارد، دیسمنوره اولیه است و علت خاصی برای آن یافت نمیشود، ولی در مواردی، علت دیسمنوره مشخص میگردد که در گروه ثانویه یا با علت مشخص قرار می گیرد. عفونت های لگنی، کیست های تخمدانی، ناهنجاریهای انسدادی در سیستم تناسلی، اندومتريوز و چسبندگیهای ناشی از اعمال جراحی قبلی می توانند دیسمنوره را ایجاد کند. با درمان علت زمینه ای دیسمنوره تسکین می یابد. ولی همانطور که گفتیم اکثریت موارد دیسمنوره اولیه است. تئوریهای مختلفی مطرح شده است از جمله تغییرات هورمونی، سابقه خانوادگی، و مسائل روانی می باشد.

تغییرات هورمونی:

در طی یک سیکل قاعدگی، از تخمدانها هورمونهای استروژن و پروژسترون ترشح شده که باعث رشد لایه های پوششی رحم میشود. پس از قطع تولید هورمونها، لایه های پوششی رحم ریزش کرده و خون ریزی قاعدگی اتفاق می افتد. بنظر میرسد با قطع هورمونهای زنانه، موادی به نام پروستاگلاندین ساخته شده که عمل اصلی آن تنظیم میزان خون ریزی قاعدگی است ولی اثرات مضر آن باعث ایجاد دردهای قاعدگی میشود. بخصوص علائم تهوع و استفراغ همراه دیسمنوره توسط پروستاگلاندینها ایجاد میشود و تسکین دیسمنوره با مسکن های ضد پروستاگلاندین مثل مفنامیک اسید یا بروفن، از این فرضیه حمایت می کند.

نیز بتدریج افزایش یافته و قاعدگی را به تأخیر می اندازد. بنابراین BBT چارت نشان دهنده تغییرات هورمونی مربوط به تخمک گذاری، آزاد شدن تخمک ها از تخمدان زن، همچنین مشخص کننده زمان تخمک گذاری و نیز روشن کننده مدت زمان نیمه دوم سیکل قاعدگی است. لازم به ذکر است که تصور اینکه BBT چارت میتواند دقیقاً زمان ایده آل برای نزدیکی را روشن نماید تصور غلطی است. ادامه دارد.

سیری در دنیای علم

درد دوران قاعدگی یا دیسمنوره:
دکتر افسانه محمدزاده

اگر چه تعدادی از نوجوانان اصلاً دردی را تجربه نمی کنند و دوران قاعدگی را بدون مشکل میگذرانند، در عوض عده زیادی از نوجوانان از درد دوران قاعدگی که اصطلاحاً دیسمنوره گفته میشود شکایت دارند.

دیسمنوره چیست؟

دیسمنوره معمولاً از حوالی ۱۵-۱۴ سالگی (۳-۱ سال پس از شروع اولین قاعدگی یا منارک) شروع میشود. بصورت دردهای کرامپی در قسمت تحتانی شکم احساس میشود که معمولاً در عرض ۴-۱ ساعت بعد از شروع خون ریزی ماهیانه شروع میشود و به مدت ۴۸-۲۴ ساعت ادامه می یابد. شدت دیسمنوره در افراد مختلف، متفاوت است و از دردی که با مسکن معمولی تسکین می یابد (خفیف) تا دردی که علاوه بر مصرف مسکن های قوی، به استراحت و مراقبتهای دقیق تری نیاز دارد (شدید) متغیر می باشد. و همراه این درد، علائم نظیر تهوع، استفراغ، سردرد، درد ران، خستگی، گیجی و عصبانیت دیده میشود. از نظر شدت، به انواع خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی میگردد. در بعضی موارد

شیافهای رکتال مصرف می‌گردد. و بدلیل سرگیجه زیاد، لازم است با مصرف این داروها، نوجوان استراحت کند و از کارهاییکه نیاز به هوشیاری دارد مثل کار با وسایل تیز خودداری کند. باید این نکته مجدداً تذکر داده شود که مصرف دارو، باید تحت نظر پزشک باشد و از مصرف خودسرانه دارو باید خودداری کرد.

پاسخ به پرسشهای شما



پژوهشکده ابن سینا 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: از کجا متوجه شوم که تخمک گذاری کرده‌ام؟

جواب: اگر سیکل قاعدگی شما منظم است و بخصوص اگر فشارعصبی قبل از قاعدگی و درد وسط سیکل داشته باشید، به احتمال قوی شما تخمک گذاری میکنید. یک علامت خوب برای تخمک گذاری موکوس آبکی سرویکس می‌باشد. آنچه ممکن است توجه شما را جلب کند ابتدا یک مقدار ترشحات غلیظ می‌باشد که تا وسط سیکل حالت آبکی پیدا میکند. این ترشحات ناشی از افزایش سطح استروژن مترشحه از فولیکول رشد کرده تخمدان می‌باشد. تخمک گذاری زمانی رخ میدهد که ترشحات آبکی مجدداً غلیظ میشود.

سؤال: چه آزمایشی برای تشخیص تخمک گذاری وجود دارد؟

جواب: آزمایشهای معمولی که برای این منظور انجام میشود عبارتند از: نمودار درجه حرارت پایه ای بدن (BBT)، سونوگرافی سریال از تخمدان، نمونه برداری از اندومتر و آزمایش خون برای

مسکن های ترکیبی، پیگیری جدی و مجدد باید آغاز گردد. ممکن است علتی برای ایجاد دیسمنوره وجود داشته و در ویزیت اول مخفی مانده باشد یا ممکن است مسایل روانی نوجوان، باعث بزرگ جلوه کردن بیماری شده باشد. در هر صورت، ارزیابی مجدد بیماری باید انجام گردد. و در مواردی حتی لاپاراسکوپی تشخیصی (وسيله ای تلسکوپ مانند که جهت دیدن اعضا لگنی استفاده میشود) انجام میگردد.

دو سؤال که عموماً توسط نوجوانان مبتلا به دیسمنوره مطرح می‌گردد؟

۱- آیا استحمام در دوران قاعدگی به تشدید دیسمنوره کمک می‌کند؟

خیر، استحمام با آب گرم به تسکین دیسمنوره کمک می‌کند. و اغلب گرمادرمانی همراه با مسکن های ضد پروستاگلاندین توصیه میگردد. بعلاوه استحمام و شستشو با آب گرم در طی دوران قاعدگی، نکته مهم بهداشتی است که مانع ایجاد عفونت میگردد.

۲- در مواقعیکه دچار دردهای قاعدگی میشوم، حالت تهوع شدید مانع از خوردن قرصها میشود؛ آیا میشود از آمپول مسکن استفاده کرد؟

اکثریت نوجوانان بدلیل تهوع همراه دیسمنوره از مصرف غذا خودداری می‌کنند و یا بیشتر تمایل به مصرف مایعات دارند. ولی همانطور که گفته شده مصرف مسکن های ضد پروستاگلاندین باید همراه غذا باشد. توصیه می‌شود به محض شروع دردها، (قبل از شروع تهوع) قرص همراه غذا میل شود در این مورد میتوان از داروهای ضد استفراغ مثل متوکلوپرامید یا پرومتازین استفاده کرد. آمپول های مسکن ضدپروستاگلاندینی مثل دیکلوفناک سدیم یا دیپیرون بدلیل بروز عوارض جانبی فراوان، از ارقام داروئی حذف شده‌اند و نباید مصرف شوند. از آمپول هیوسین بعنوان ضداسپاسم میتوان استفاده نمود که البته عوارض جانبی مثل خشکی دهان و برافروختگی صورت دیده میشود. شیاف مسکن های ضد پروستاگلاندینی مثل ایندومتاسین، انتخاب دیگری است که اثر تسکینی فوری و کافی دارد و بصورت

اکثر نوجوانان از این داروها با مقادیر کمتر از دوز درمانی استفاده می‌کنند. بنابراین باید به نوجوانان تذکر داد، پیش از مصرف خودسرانه مسکن ها، حتماً به پزشک مراجعه کنند و به محض شروع قاعدگی (اولین نشانه درد یا خون ریزی) مصرف دارو را شروع کنند و به مدت ۲-۱ روز ادامه دهند.

ناپروکسن سدیم بدلیل جذب سریع، داروی مناسبی است. ایبوپروفن و مفنامیک اسید از دیگر داروهای مصرفی است. در صورت ابتلاء به زخم معده، اختلالات انعقادی، بیماری کلیوی و آسم یا آلرژی نسبت به آسپرین از مصرف این داروها باید خودداری کرد. تمام این داروها باید همراه با غذا خورده شوند. و به مدت ۳ ماه تجویز می‌گردند. در طی دوران قاعدگی ورزشهای سبک را میتوان ادامه داد. گرما درمانی در تسکین دردها مؤثر است.

در صورت عدم پاسخ به ضدابدریهای خوراکی و یا مسکن های ترکیبی، پیگیری جدی و مجدد باید آغاز گردد.

سه ماه بعد نوجوان مجدداً ویزیت میشود و تأثیر داروها ارزیابی میگردد. در صورت عدم پاسخ به مسکن های مذکور که در دوز و مدت کافی مصرف شده‌اند از داروهای ضدابدری خوراکی (LD) جهت تسکین درد استفاده میشود. ضد دردهای خوراکی با سرکوب عملکرد تخمدانی مانع تولید هورمونها و سپس پروستاگلاندینها شده و درد تسکین می‌یابد.

این داروها را برای حداقل ۳-۶ ماه ادامه می‌دهند، و سپس قطع می‌کنند. پس از قطع این داروها تا چند سیکل، دردها بروز نمی‌کند و بتدریج که عود می‌کند خفیف خواهد بود و با مسکن های ضد پروستاگلاندینی تسکین می‌یابد. در مواردیکه مصرف قرص های ضدابدری منع مصرف دارد یا نوجوان تمایل به مصرف این داروها را ندارد میتوان از ترکیب چند مسکن مثل ضددردهای پروستاگلاندینی همراه ضد اسپاسم ها مثل هیوسین استفاده گردد. در صورت عدم پاسخ به ضدابدریهای خوراکی و یا

اندازه گیری پروژسترون.

خاطرات باروری



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

من و شوهرم وقتی ۲۵ سال داشتیم ازدواج کردیم. از ماه پنجم ازدواج از هیچ گونه وسیله جلوگیری از بارداری استفاده نکردیم، هر چند در بچه دار شدن عجله ای نداشتیم ولی آرزو داشتیم که با سه یا چهار فرزند خانواده خود را تکمیل کنیم. در پایان سال اول ازدواج، احساس کردم که ممکن است در رابطه با بچه دار شدن مشکلی داشته باشم لذا با دکترم مشورت کردم. او به من گفت که هیچ مشکلی وجود ندارد و چون جوان هستم و فرصت دارم نباید نگران باشم.

من و شوهرم برای بچه دار شدن دو سال دیگر تلاش کردیم ولی نتیجه ای نگرفتیم بنابراین تصمیم گرفتیم در جستجوی پزشک دیگری باشیم. دکتر جدید یک بررسی کامل اعم از عکس، آزمایش، معاینات بالینی و غیره را برای من برنامه ریزی کرد.

جواب عکس رنگی از رحم من حاکی از آن بود که هردو لوله های رحمی مسدود می باشد. دکتر با انجام لاپاراسکوپی توانست لوله های مرا باز کند و سپس به من گفت برای مدت ۶ ماه دیگر برای حاملگی تلاش کنم، ۶ ماه گذشت، ولی موفقیتی حاصل نشد.

به دکترم مراجعه کردم و درخواست کردم که ما را به یک متخصص ناباروری معرفی نماید.

پزشک متخصص مرا تحت درمان با کلومید همراه با انجام IUI (تلقیح اسپرم به داخل رحم) قرار داد ولی با انجام سه بار IUI نیز نتیجه ای حاصل نشد. همه دوستان و فامیل که یا در انتظار فرزند بودند یا بچه داشتند از ما سؤال میکردند که چرا برای بچه دار

شدن اقدامی نمی کنیم؟ من در آرزوی بچه بودم ولی نمی توانستم و نمی خواستم با دوستان و آشنایان در مورد مشکل و آزمایش ها و درمانهای ناباروری صحبتی بکنم؛ لذا می گفتم حالا زود است و ما فعلاً تصمیم نداریم بچه دار شویم. من خودم را مقصر می دانستم چون که مشکل از من بود ولی شوهرم هرگز مرا مقصر نمی دانست و میدانست که قبول این مسئله چقدر برای من مشکل است. من جراحی کرده بودم، کلی آمپول و داروهای مختلف مصرف کرده بودم و با وجود اینکه از نظر هورمونی نیز هیچ مشکلی نداشتم ولی برای حاملگی با شکست روبرو شدم. تنها پاسخی که برای ما وجود داشت؛ این بود که شما جزء گروهی می باشید که برای ناباروری آنها توضیحی وجود ندارد.



همسرم میدانست که بچه دار شدن ما خیلی آسان نخواهد بود ولی با این حال خیلی آرام بود و اعتماد به نفس داشت. وقتی ما از بار سوم IUI نیز نتیجه نگرفتیم تصمیم گرفتیم که برای مدت ۲ ماه هیچ اقدامی نکنیم. بعد از آن یکی از دوستان یک دکتر متخصص دیگر را بما پیشنهاد کرد. دکتر جدید به هیچ یک از آزمایشات و اقداماتی که قبلاً انجام داده بودم توجهی نکرد و تمام آزمایشات و عکسها را از نو شروع کرد. تشخیص او پس از بررسی جواب آزمایشات و عکسها این بود که من هیچ مشکلی ندارم و لوله های رحم کاملاً باز و آستر رحم نیز کاملاً برای نگهداری جنین مناسب است. لذا به ما توصیه کرد که ۶ ماه دیگر برای حاملگی

تلاش کنیم. ۶ ماه گذشت و خبری نشد به دکترم مراجعه کردم او مرا تحت درمان با متفورمین قرار داد و IUI مجدداً تکرار شد ماه بعد از انجام IUI، قاعدگی من به تأخیر افتاد من فکر کردم که ذهنم مرا به بازی گرفته و تاریخ قاعدگی ام را فراموش کردم. لذا برای روزهای بعد منتظر شدم ولی قاعدگی من شروع نشد. سرانجام یک آزمایش حاملگی دادم، جواب مثبت بود. ابتدا جواب را که دیدم باورم نشد چند بار جواب را خواندم و بی اختیار زدم زیر گریه، باورم نمی شد. با چهره ای شاد ولی خیس از اشک به خانه برگشتم. شوهرم سرکار بود و تا برگشتن او به خانه صبر کردم. وقتی شوهرم به خانه رسید بدون اینکه حرفی بزنم جواب آزمایش را جلوی چشمانش نگاه داشتم. ابتدا از کار من تعجب کرد ولی وقتی جواب آزمایش را دید هر چند سعی میکرد خوشحالی بی حدش را نشان ندهد ولی از خوشحالی سر از پانمی شناخت. دو بار دیگر آزمایش دادم تا مطمئن شوم که جواب اول کاذب نبوده.

وقتی دخترم شش ماهه بود ما فکر کردیم که بهتر است هرچه زودتر برای بچه دوم اقدام کنیم چرا که شش سال طول کشید تا ما توانستیم صاحب فرزند شویم بنابراین وقتی برای تلف شدن نداشتیم.

داشتن بچه دوم احتمالاً باید آسانتر باشد هر چند هر حاملگی مشکلات خاص خودش را خواهد داشت ولی لااقل ایندفعه من میتوانم شاد باشم چون یک فرزند دارم. قبل از حاملگی سؤال دوستان و آشنایان که چرا بچه دار نمی شویم خیلی مرا رنج میداد، ولی حالا هیچ سؤالی مرا ناراحت نمی کند.

ما تصمیم گرفتیم که حتی در صورت نیاز IVF نیز انجام دهیم و توکل کردیم به خدا، ما تلاش خود را می کنیم اگر واقعاً صلاح نباشد فرزند دیگری داشته باشیم تلاش ما نتیجه ای بدنبال نخواهد داشت. به هر حال ما الان یک دختر شاد و سالم داریم که زندگی ما را رنگ دیگری بخشیده و خداوند را به خاطر این هدیه و لطف بی کرانش شکر می کنیم و با امید برای بچه دوم تلاش خود را آغاز می کنیم.

پایان

اخبار علمی برگزیده



پروژسترون خطر زایمان قبل از موقع را کاهش می دهد

بر اساس تحقیقات انجام شده، پروژسترون خطر تکرار زایمان زودرس در زنانی که دارای خطر بالا از نظر این مشکل هستند، را کاهش می دهد. نتایج این تحقیقات در شماره ژوئن مجله پزشکی نیوانگلند به چاپ رسیده است. تزریق هفتگی نوعی پروژسترون «۱۷- آلفا- هیدروکسی پروژسترون کاپروات»، میزان وقوع زایمان زودرس را در میان خانمهای با خطر بالا کاهش داده و احتمال مشکلات دیگر در نوزادان این افراد را نیز کاهش می دهد. زایمان زودرس، به وقوع زایمان قبل از هفته ۳۷ حاملگی گفته میشود و علیرغم تلاشهای بسیار برای پیشگیری از آن، شیوع آن در دهه های اخیر در حال افزایش است.

بعضی از عوامل خطر ساز برای زایمان زودرس عبارتند از: سن کمتر از ۱۸ سال و سن بیش از ۳۵ سال، وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، نژاد سیاه، عفونتهای دستگاه تناسلی و سایر عفونتها، پارگی زودتر از موعد کیسه آب، سابقه زایمان قبل از ترم، چندقلوئی و اتساع بیش از حد رحم. همچنین این نوع زایمان سبب بروز مشکلات بسیاری در نوزادان این افراد می گردد. در این مطالعه، زنانی که دارای سابقه زایمان خودبخودی قبل از ترم در حاملگی های قبلی خود بودند در هفته های ۱۶ تا ۲۰ حاملگی مورد بررسی قرار گرفته اند و به آنها بطور هفتگی و تا زمان زایمان یا هفته ۳۶ حاملگی، پروژسترون و یا دارونما تزریق شد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که وقوع زایمان زودرس (قبل از هفته ۳۷ حاملگی) در زنانی که پروژسترون دریافت کرده بودند ۳۶٪ و در زنانی که دارونما دریافت کرده بودند ۵۴٪ بود. همچنین در مقایسه با گروه دارونما، در گروه دریافت کننده پروژسترون بروز مسائلی مانند: انتروکولیت نکروزان (نوعی التهاب روده که سبب تخریب بافتی میشود)، خونریزی

داخل بطنی و نیاز به اکسیژن مکمل در نوزادان کمتر بوده است. نقایص مادرزادی در گروه دریافت کننده پروژسترون بیشتر از گروه دارونما نبود. و علیرغم کاهش میزان زایمان زودرس در گروه مصرف کننده پروژسترون، هنوز میزان آن بسیار بالاست (۳۶٪). آنها همچنین توصیه می کنند که باید پیگیریهای طولانی مدت تری جهت عوارض ناشی از این درمان صورت گیرد. نویسندگان این مطالعه اشاره کرده اند که این نتایج را نمی توان برای تمام خانمها با عوامل خطر ساز مختلف برای زایمان زودرس، عمومیت داد.

دانستنی های باروری



از هر ۵ خانم باردار حداقل یکی علایم افسردگی دارد.

تقریباً از هر ۵ خانم باردار، یک نفر در طی حاملگی ممکن است علایم افسردگی را نشان دهد، اگرچه که ممکن است حرفی از آن نزنند. به نظر محققان، حاملگی می تواند زمان مناسبی برای غربالگری افسردگی باشد. چراکه اغلب زنان حامله از مراقبتهای پره ناتال بهره می برند.

بطور کلی زنان حدوداً ۲ برابر مردان افسردگی را تجربه می کنند و علایم معمولاً در طی سالهای باروری بروز می نماید. به گفته دکتر مارکوس از دانشگاه میشیگان، زنانی که علایم افسردگی را تجربه می کنند، می بایستی با کسی درباره این علایم صحبت کنند. آنها باید مطمئن باشند که بطور منظم غذا می خورند و از خواب کافی برخوردارند و از روان درمانی بهره مند شوند. همچنین محققان دریافته اند که زنانی که از داروی ضد افسردگی نظیر مهارکننده با جذب انتخابی سروتونین استفاده می کرده اند، احتمال نقایص جنینی در آنها بیشتر از سایر زنان نبوده است. در تحقیقاتی که توسط دکتر مارکوس و همکارانش انجام شد ۳۴۲۷ زن که در هفته ۲۵ حاملگی بودند شرکت کردند و بر اساس تست غربالگری در مورد افزایش استرس

در طی روزهای گذشته، بیش از ۲۰٪ این افراد علایم افسردگی را نشان دادند اما اکثر آنها (۸۶٪) هیچگونه درمانی (اعم از دارو، روان درمانی و یا مشاوره) دریافت نکرده بودند.

بطور کلی زنان حدوداً ۲ برابر مردان افسردگی را تجربه می کنند و علایم معمولاً در طی سالهای باروری بروز می نماید.

مطالعات اولیه در انسان و حیوانات نشان می دهد علایم روانی درمان نشده ممکن است بر روی تکامل جنین اثر بگذارد (مثلاً کاهش وزن هنگام تولد، تولد زود هنگام و آسیب به تکامل مغز جنین). همچنین مطالعات نشان می دهند که زنانی که سابقه افسردگی داشته اند، بیش از ۵۰٪ احتمال دارد که افسردگی پس از زایمان را تجربه کنند. همچنین احتمال این عارضه در زنان سیگاری و الکلی بیشتر است در حالیکه با سن، نژاد و قومیت ارتباطی ندارد.

اطلاعات دارویی



داروی ضد تهوع و استفراغ در حاملگی و شیردهی

(۲)

دکتر سهیلا عارفی

در شماره قبل ضمن توضیح عوامل مؤثر در ایجاد تهوع و استفراغ و چگونگی اثر داروها در رفع این حالت به شرح یکی از داروهای رایج در ایران برای درمان این مشکل (کلروپرومازین) پرداختیم، در این شماره ضمن بیان عوارض جانبی کلروپرومازین داروهای مؤثر دیگر نیز معرفی خواهد شد.

کلروپرومازین:

همانطور که در شماره قبلی گفته شد این دارو به عنوان داروی آرام بخش و همچنین ضد استفراغ استفاده می شود. این دارو

قلب جنین می‌شود، بنابراین تجویز آن در زمان بارداری باید با احتیاط صورت گیرد. مصرف هیوسین باعث مهار تولید شیر در مادر می‌شود و حتی گاهی باعث مسمومیت شیرخوار می‌گردد. بنابراین مصرف آن در مادران شیرده توصیه نمی‌شود.

تزریق وریدی هیوسین در حین بارداری خصوصاً نزدیک ترم باعث افزایش ضربان قلب جنین می‌شود، بنابراین تجویز آن در زمان بارداری باید با احتیاط صورت گیرد.

پرومتازین:

این دارو دارای اثرات ضداستفراغ و ضد سرگیجه و آرام‌بخش می‌باشد. به فرمهای قرص ۲۵mg، شربت و آمپولهای ۱-۲mg موجود می‌باشد. پرومتازین به خوبی از راه خوراکی و تزریق عضلانی جذب می‌شود. اوج غلظت آن ۲-۳ ساعت پس از مصرف در خون ایجاد می‌شود. و براحتی در شیر مادر نیز وارد می‌شود. این دارو در حساسیت و درمان کوتامدت بی‌خوابی نیز استفاده میشود. برای درمان استفراغ پس از عمل جراحی باید دارو از طریق عضلانی یا وریدی تزریق شود و البته از میزان مصرف مسکن‌ها و خواب‌آوری همراه باید کاسته شود. همچنین برای کاهش درد زایمان می‌توان از پرومتازین استفاده کرد که به صورت ۲۵ میلی‌گرم همراه پتدین هر ۴ ساعت تزریق میشود. این دارو نباید زیاد تزریق شود چون همراهی آن با پتدین باعث اختلال تنفسی میشود. هم‌چنین گاهی در موارد پره‌اکلامپسی و اکلامپسی از این دارو استفاده میشود. این دارو در موارد حساسیت و آلرژی به پرومتازین و در بیماران صرعی و یا در کسانی که از داروی مضعف دستگاه عصبی مرکزی استفاده میکنند، نباید استفاده شود. از موارد جالب مصرف دارو: ۱- مثبت شدن کاذب بعضی تستهای حاملگی ۲- تداخل با تعیین گروه خونی است.

عوارض جانبی پرومتازین عبارتند از: اختلالات خونی، اختلال کبدی، طپش قلب، تغییرات چشمی، واکنشهای حساسیتی.

(بخصوص در چند هفته اول شیردهی)، این دارو بدون اثر روی ترشحات گوارشی، حرکات دستگاه گوارش را افزایش می‌دهد. اثر ضداستفراغی دارو بوسیله اثر روی آستانه تحریک سیستم اعصاب مرکزی و تخلیه سریع معده صورت می‌گیرد. موارد مصرف دارو شامل استفاده در استفراغ ناشی از درمانهای شیمی‌درمانی، در موارد ناراحتی معده در اثر بیماری قند، جلوگیری از استفراغهای پس از عمل، در موارد کمک به تخلیه دارو در رادیولوژی و در سسکسه مقاوم می‌باشد.

با توجه به موارد مصرف زیاد دارو و با توجه به پیدایش عوارضی مانند اختلالات حرکتی، تشنج، توهم، ترشح شیراز سینه، قطع پرپود، بزرگ شدن سینه و ناتوانی جنسی در مردان مصرف آن باید کاملاً تحت نظر پزشک باشد. همانطور که گفته شد این دارو در شیر ترشح می‌شود. مصرف آن در حاملگی، در مطالعات انجام شده در حیوانات با عوارض جانبی همراه بوده است، ولی مطالعات روی انسان کامل نبوده و مصرف آن در حاملگی در انسان باید کاملاً تحت نظر پزشک صورت گیرد.

هیوسین:

این دارو به فرم قرصهای ۱۰mg، یا شیاف ۱۰mg و یا به صورت تزریقی در آمپولهای ۲۰mg/cc موجود می‌باشد. هیوسین در درمان اسپاسم دستگاه گوارش اداری صفراوی و دستگاه اداری تناسلی بکار می‌رود. این دارو روی مغز اثر نمی‌گذارد بنابراین مانند داروهای دیگر باعث خواب‌آلودگی و فراموشی نمی‌شود. موارد مصرف این دارو به عنوان درمان کمکی در زخم معده، دردهای شکمی، التهابهای روده‌ای می‌باشد.

درمان با هیوسین تنها جنبه درمان علامتی دارد و تنها باید پس از بررسی علت درد، از این دارو استفاده شود. نکته مهم آنکه این دارو نباید در اسهال‌های خونی و عفونی استفاده شود از دیگر موارد مصرف آن درمان بی‌اختیاری اداری، قاعدگی دردناک و یا در زمان اندوسکوپی معده می‌باشد. هیوسین از جفت عبور می‌کند. تزریق وریدی هیوسین در حین بارداری خصوصاً نزدیک ترم باعث افزایش ضربان

بیراحتی از جفت عبور کرده و نیز وارد شیر مادر می‌شود. همانطور که گفته شد این دارو جهت رفع پریشانی شدید، اختلالات رفتاری شدید و به عنوان آرام‌بخش قبل از عمل جراحی، در سسکسه مقاوم، در بی‌اشتهایی عصبی و هم‌چنین در موارد پره‌اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا در حاملگی و تشنج حاملگی) و نیز برای کاهش تهوع و استفراغ، جهت کنترل استفراغ پس از اعمال جراحی، و گاهاً تهوع و استفراغ زنان حامله نیز استفاده می‌شود. یکی از عوارض جانبی مهم این دارو خواب‌آلودگی می‌باشد که معمولاً یک هفته طول می‌کشد و پس از یک هفته نسبت به آن تحمل ایجاد می‌شود. هم‌چنین از دیگر عوارض آن افت فشار خون بخصوص در وضعیت ایستاده می‌باشد. مصرف بی‌خطر آن در حاملگی ثابت نشده است و فقط هنگامی از کلروپرومازین استفاده میشود که فواید آن به عوارض بالقوه آن بر جنین برتری داشته باشد. ولی بیشتر مطالعات مصرف میزان کم آن را برای مادر و جنین بی‌خطر یافته‌اند. مصرف کلروپرومازین در اواخر حاملگی و حین زایمان (برای کنترل تهوع و استفراغ) می‌تواند باعث افت فشار در مادر و آثار جانبی برای نوزاد، یرقان، کاهش رفلکسها و بی‌قراری شود. مصرف این دارو طی فرایند زایمان ممکنست زایمان را طولانی کند و نباید تا زمانی که دهانه رحم ۳-۴ سانتی‌متر باز شود استفاده شود. بی‌خطر بودن مصرف آن در مادران شیرده ثابت نشده است. اما به نظر نمی‌رسد که مشکل ایجاد کند.

هنگامی از کلروپرومازین استفاده میشود که فواید آن به عوارض بالقوه آن بر جنین برتری داشته باشد.

متوکلوپرامید:

این دارو از داروهای ضد تهوع و ضد استفراغ می‌باشد که به فرم قرصهای ۱۰mg یا آمپولهای ۱۰mg موجود می‌باشد. این دارو پس از مصرف خوراکی به سرعت و به طور کامل جذب می‌شود. با توجه به اینکه حجم توزیع وسیعی دارد از جفت بیراحتی گذشته و در شیر هم ترشح می‌شود

