

سر مقاله



به نام آنکه هستی از اوست

دکتر محمد مهدی آخوندی

به بهانه برگزاری سومین سمپوزیوم تخصصی تحت عنوان عفونت و ناباروری توسط پژوهشگاه سبب‌شناسی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی

در این سمپوزیوم که مشارکت بسیار فراگیر متخصصین مراکز ناباروری را به همراه داشت، تشخیص و درمان ناباروری با منشا عفونت مورد بررسی قرار گرفت و به همین منظور بخشی از عوامل عفونی که زمینه ناباروری را فراهم مینماید مورد بحث قرار میگیرد:

بر اساس آمار ارائه شده توسط National Center for Health Statistics

نازایی تقریباً بطور ثابتی در حدود ۸/۵ درصد تا سال ۱۹۶۵ بوده، ولی پس از آن تعداد افراد نازا همراه با افزایش جمعیت رو به فزونی نهاده است. یکی از عوامل و فاکتورهایی که میتواند در افزایش میزان ناباروری مؤثر باشد عبارت است از: اپیدمی شدن بیماریهای مقاربتی

بیماری های مقاربتی بیماری هایی هستند که سیستم تولیدمثل را مورد تهاجم قرار داده و به آن صدمه میزنند. در بسیاری از موارد به علت کنترل و درمان ایجاد گونه های جدید عوامل بیماری زا پیچیده میگردد. در این صورت عوامل بیماری زا تنها با آنتی بادی های جدید مربوط به همان گونه های جدید، که بسیار هم گران میباشد قابل ریشه کنی هستند و اغلب در دسترس نمیباشند.

با شیوع افزایش ایدز در جهان شیوع بیماری سل بصورت بیماری همراه ایدز افزایش یافته است.

بیماری سوزاک با نام علمی گونه ره آ (gonorrhea) بدون کنترل در حال افزایش است. عامل این بیماری در لوله های رحم زن منزل گرفته و اغلب باعث بیماری های حاد میشود. متأسفانه در بیشتر موارد بیماری سوزاک، عوارض فیزیکی چندانی را از خود نشان نمیدهد و در نتیجه اغلب زنان، تلاشی را در جهت درمان آن نمیکنند. این در

حالیست که حتی میزان بسیار کم عفونت باعث صدمه به لوله های رحمی شده و بسیاری از زنان پس از بررسی علل نازایی متوجه عامل عفونت میگرددند. در مقابل بیماری سوزاک در مردان همیشه بروز آنی داشته و دردناک میباشد و معمولاً همیشه تماس سریع با پزشک را بدنال دارد. به این دلیل مردان اغلب بندرت در ارتباط با این عامل بیماری نازا میشوند.

کلامیدیا (chlamydia)، عفونت دیگری است که میتواند به سیستم تولیدمثل صدمه زده و موجب انسداد لوله های رحم شود. این عفونت در حال حاضر شایعتر از سوزاک است. تشخیص عفونت کلامیدیا نسبتاً مشکل بوده و کشت عامل این بیماری نیز آسان نمیشد و تنهابه آنتی بادی مخصوص خود جوابگوست و پس از اتصال به آنتی بادی قابل شناسایی میباشد. عفونت ایجاد شده تنها از راه رنگ آمیزی اختصاصی ترشحات رحمی و یا از طریق آزمایش خون برای بررسی آنتی بادی ضد کلامیدیا قابل بررسی است. علائم این بیماری مشابه سوزاک است. یکی از خصوصیات



مهم کلامیدیا این است که ابتلا به این بیماری علائم حادی بدنال نداشته و بعلمت اینکه بصورت مخفی و تحت بالینی بروز مینماید بیماران نسبت به درمان اقدام نموده و هنگامی که بدنال بررسی علت نازایی خود میباشند متوجه ابتلا قبلی و مزمن به این عامل میگرددند. در واقع بیماران هنگامی متوجه این عارضه میشوند که خیلی دیر است و این عامل بیماری عوارض خود را بجا گذاشته است.

سیفلیس (syphilis) نیز بیماری شایعی است و براحتی در مراحل اولیه قابل درمان است. عفونتهای مزمن اگرچه قابل توقف است ولی اثرات آن برگشت پذیر است.

سل: سل بیماری شایعی است که در مردان جوان ۲۰ تا ۴۰ سال میتواند باعث عقیمی شود. عامل این بیماری از طریق خون به دستگاه ادراری و کلیه رسیده و از آن طریق

دستگاه تناسلی را که شامل (پروستات، سمینال و زیکول، وازدفران، اپیدیدیم و بیضه است را گرفتار نماید. سل همچنین می تواند موجب ناباروری زن از طریق صدمه به بافتهای لوله های رحمی، رحم، تخمدانها، دهانه رحم، فرج و مهبل شود. علائم بالینی در زن بصورت خفیف تظاهر نموده. بیماران در معاینه فیزیکی سالم بنظر می رسند ولی در معاینات لگنی چسبندگی هایی ملاحظه میشود. مسئله قابل توجه در این است که با شیوع افزایش ایدز در جهان شیوع این بیماری هم بصورت بیماری همراه ایدز افزایش یافته است و متأسفانه در ایران هم بدلیل مهاجرت از کشورهای مجاور و کشورهای سل خیز شیوع این بیماری رو به افزایش است. نکته قابل ذکر این است که بر خلاف تصور ابتلا به سل ارتباطی به سطح اقتصادی خانواده ها ندارد و حتی در خانه های مرفه هم دیده میشود.

ویروس ها: نیز میتوانند دستگاه تناسلی مرد را هم درگیر نموده و موجب ناباروری شوند. ویروس mumps عامل بیماری اوریون که در طفولیت پسران را مبتلا میکند میتواند باعث از بین رفتن بافت بیضه شود و پس از رسیدن به سن بلوغ با کاهش تولید اسپرم همراه گردد. ویروس HIV عامل بیماری ایدز نیز میتواند روی کلیه عملکردها و یا مقادیر اسپرم تاثیر گذاشته موجب ناباروری شود.

میکوپلازما: گزارشهایی نیز از بروز ناباروری با عفونتهای میکوپلازما ارائه شده است ولی نقش قطعی این عامل عفونی در ناباروری مشخص نشده است.

سیری در دنیای علم



روشهای پیشرفته در درمان نازایی

دکتر معرفت غفاری

متخصص ART

نازایی به عدم توانایی در حاملگی بعد از یک سال نزدیکی فعال زوجین بدون استفاده از وسایل جلوگیری کننده از حاملگی اطلاق می گردد. حدود ۷/۸٪ زوجین در طی سال اول و ۸/۸٪ در طی سال دوم زندگی مشترک شانس حاملگی دارند که بعد از سال دوم شانس حاملگی رو به کاهش می رود. نازایی یک مسئله شایع و

روزهای متوالی و گاهی با اندازه‌گیری هورمون‌های جنسی در ادرار و خون مشخص می‌شود.

روزهای متوالی و گاهی با اندازه‌گیری هورمون‌های جنسی در ادرار و خون مشخص می‌شود.

عوامل از قبیل افزایش سن، نوع تغذیه، چاقی، عوامل محیطی و شغلی و داروها، اختلالات کروموزومی و ژنتیکی و غیره می‌تواند روی قدرت باروری زن و مرد تاثیر بگذارد.

نگران کننده برای زوجین محسوب می‌شود و تقریباً ۱۵٪ زوجین از این بیماری رنج می‌برند. گزارشاتی موجود است که شیوع آن در جوامع بشری در حال افزایش می‌باشد.

علل نازایی چند فاکتوری بوده و باید هر دو زوج بطور دقیق مورد بررسی قرار گیرند. بطور عمده نازایی به دو فاکتور زنانه و مردانه تقسیم می‌شوند. از علل مهم نازایی در زنان، اختلال در تخمک گذاری، ضایعه لوله رحم، اندومتریوز و غیره می‌باشد و علل مهم مردانه، اختلال در عملکرد، تعداد، شکل اسپرم می‌باشد. عوامل مختلفی از قبیل افزایش سن، نوع تغذیه، چاقی، عوامل محیطی و شغلی و داروها، اختلالات کروموزومی و ژنتیکی و غیره می‌تواند روی قدرت باروری زن و مرد تاثیر بگذارد. با توجه به علل نازایی درمان‌های طبی و جراحی مختلفی انجام می‌شود ولی در بعضی از موارد از جمله نازایی به علت نامشخص که حدود ۳۰٪ موارد را تشکیل می‌دهد و یا انسداد لوله رحم از روش‌های نوین آزمایشگاهی برای درمان این بیماران استفاده می‌شود. این

۱- تحریک تخمگذاری:

با تجویز داروهای محرک تخمک گذاری، تخمدان‌های بیمار تعداد زیادی فولیکول‌های حاوی تخمک تولید می‌کنند. زمان رسیده شدن فولیکول‌ها بوسیله سونوگرافی‌های متعدد تخمدان و اندازه‌گیری استرادیول سرم که از روز هشتم درمان شروع می‌شود تعیین می‌شود.

روش IUI روش ساده‌ای بوده و بیمار بدون ناراحتی همانند گرفتن اسپرم دهانه رحم این عمل را می‌تواند تحمل نمایند. اسپرم مورد استفاده باید بطور تازه از همسر بیمار گرفته شود. این درمان در موارد مختلفی از جمله نازایی با علت نامشخص، بعضی از اختلالات اسپرم، وجود مخاط نامناسب در دهانه رحم برای عبور اسپرم و بعضی از بیماران با اختلالات تخمک گذاری می‌توان استفاده کرد. این روش را معمولاً تا ۴ بار در یک زوج انجام می‌دهند و شانس حاملگی بعد از ۴ دوره حدود ۳۵٪ می‌باشد.

۲- جمع‌آوری تخمک‌ها:

با تحریک تخمک گذاری، تخمدانها به اندازه پرتقال متوسط بزرگ شده و معمولاً در نزدیکی دیواره واژن قرار می‌گیرد. این امر کمک می‌کند که پزشک بوسیله سوزن سونوگرافی از طریق دیواره واژن تخمک‌ها را از تخمدان جمع‌آوری کند که این عمل معمولاً زیر بیهوشی عمومی یا موضعی انجام می‌شود.



۳- تهیه و آماده‌سازی اسپرم:

صبح روز جمع‌آوری تخمک‌ها مایع انزال از همسر بیمار تهیه و با روش‌های مختلف مایع انزال شستشو و اسپرم‌های سالم و بسیار فعال جدا می‌شوند.

IUI با استفاده از اسپرم غیر از همسر:

در مواردی که شوهر زوج مبتلا به آزواسپرمی (فقدان کامل اسپرم) است و خطر انتقال بیماری‌های ارثی از شوهر به نوزاد وجود دارد، استفاده از اسپرم غیرهمسر می‌تواند بعنوان یک روش درمانی دیگر مورد استفاده قرار گیرد. این عمل در برخی از کشورهای خارجی با مشاوره زوجین در رابطه با عوارض اخلاقی، اجتماعی و قانونی این روش انجام می‌شود. در این روش اسپرم منجمد شده استفاده می‌شود و تمام اهداءکننده‌های اسپرم از نظر بیماری‌های ویروسی از جمله ایدز و هپاتیت مورد بررسی قرار می‌گیرند. این عمل بطور محرمانه انجام شده و بچه بدنیا آمده تنها قادر به دستیابی به اطلاعات بیولوژیکی بوده و نمی‌تواند مشخصات اهداءکننده را بدست آورد.

لقاح آزمایشگاهی (IVF)

اولین نوزاد متولد شده با استفاده از روش درمانی IVF در سال ۱۹۷۸ بوسیله



روش‌های شامل IUI، ZIFT، GIFT، IVF و ICSI می‌باشند.

تلقیح اسپرم به داخل رحم با استفاده از اسپرم شوهر (IUI):

در این روش مایع انزال به روش‌های مختلف از شوهر زوج گرفته و بعد از شستشو جداسازی اسپرم‌های زنده بوسیله کاتتر و بطور مصنوعی همزمان با تخمگذاری وارد حفره رحم می‌شود. تحریک تخمدان قبل از تزریق اسپرم بدلیل دستیابی به شانس بالای حاملگی توصیه می‌شود زمان تخمگذاری بوسیله سونوگرافی‌های متعدد از تخمدان در

۴- لقاح و رشد جنین در محیط آزمایشگاه:

اسپرم‌ها و تخمک‌ها در مجاورت یکدیگر در محیط‌های کشت جنین در طول شب در انکوباتور CO₂ در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد قرار می‌دهند تا لقاح صورت گیرد. صبح روز بعد در صورت لقاح جنین‌ها برای مدت ۲۴ ساعت دیگر جنین‌ها داخل انکوباتور قرار داده تا به مرحله ۴ تا ۸ سلولی برسند.



۵- انتقال جنین به داخل رحم:

اگرچه تعداد جنین‌های تشکیل شده معمولاً بیش از سه عدد می‌باشد ولی بمنظور جلوگیری از حاملگی‌های چندقلوئی تنها ۲ تا ۳ جنین بداخل رحم منتقل می‌شود و مابقی آنها با استفاده از روش ذخیره جنین بوسیله منجمد کردن آن ذخیره و در موارد مورد نیاز در سیکل درمانی بعدی استفاده کرد.

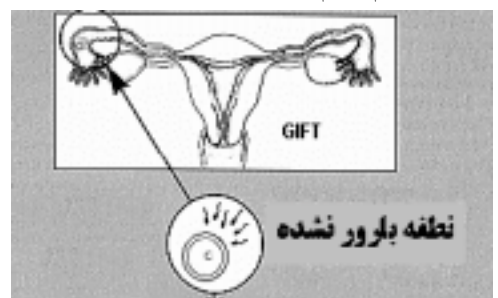
۶- تجویز هورمون پروژسترون:

در نیمه دوم سیکل قاعدگی بمنظور آماده سازی رحم برای لانه‌گزینی و نگه داشتن جنین توسط رحم هورمون پروژسترون به بیمار تجویز می‌شود و تست حاملگی حدود ۱۲ روز بعد از انتقال جنین انجام می‌شود.

IVF در موارد انسداد لوله رحم و مردانی که دارای اسپرم‌های، بسیار ضعیف و نامناسب برای IUI می‌باشند بکار برده می‌شود. میزان موفقیت IVF برای هر انتقال جنین ۲۵٪ و میزان تولد زنده ۱۸٪ در هر سیکل درمانی می‌باشد. البته میزان موفقیت بستگی به سن، علت نازایی و کیفیت اسپرم دارد.

تلقیح نطفه داخل لوله رحم: (GIFT)

روش GIFT تا مرحله جمع‌آوری تخمک‌ها و تهیه و آماده سازی اسپرم مشابه IVF می‌باشد. پس از این مرحله مقدار مناسب اسپرم و تخمک بوسیله لاپاراسکوپ وارد لوله رحم می‌شود. برای انجام این روش نیاز به لوله رحم سالم می‌باشد.

**انتقال نطفه بارور شده داخل لوله رحم****: (ZIFT)**

این روش ترکیبی از IVF و GIFT می‌باشد. بیماران مشابه IVF آماده شده و تخمک‌ها جمع‌آوری و در آزمایشگاه لقاح صورت می‌گیرد و زایگوت (جنین تک سلولی) تشکیل شده بوسیله لاپاراسکوپی بداخل لوله رحم منتقل می‌شود. این روش در مواردی که انتقال جنین از دهانه رحم مشکل باشد انجام می‌شود.

تزریق اسپرم داخل تخمک (ICSI):

اووسیت حاوی پوسته کلیگوپروتئینی بنام zona Pellucida و غشاء سیتوپلاسمی می‌باشد که مانع ورود اسپرم‌ها با حرکت و شکل غیرطبیعی بداخل سیتوپلاسم تخمک و در نتیجه مانع لقاح می‌شوند. در سال‌های اخیر روش جدیدی بنام ICSI ابداع شده است که قادر است اختلالات شدید اسپرم (شکل و حرکت غیرطبیعی) را درمان نماید. در این روش اسپرم منفرد به وسیله سوزن باریک که ۱۲ برابر نازکتر از یک تار مو می‌باشد در حالیکه تخمک بوسیله پیپت نگهدارنده ثابت نگه داشته شده است مستقیماً به داخل سیتوپلاسم تخمک تزریق می‌گردد و واکنش اسپرم و تخمک را تسهیل مینماید. میزان لقاح برای هر تخمک ۷۰٪ و میزان موفقیت حاملگی بالینی برای هر سیکل درمانی بیش از ۲۴٪ گزارش شده است.



ICSI از IVF گرانتر بوده و نیاز به وسایل پیچیده و فرد مجرب دارد. این روش تهاجمی بوده و تمامی سدهای طبیعی را به منظور انجام لقاح از بین می‌برد. اگرچه اطلاعات اولیه از سرتاسر جهان افزایش خطر اختلالات مادرزادی و کروموزومی را گزارش نکرده‌اند ولی هنوز مشخص نیست که آیا نوزادان مذکر که با این روش بدنیا می‌آیند در آینده از نازایی رنج خواهند برد.

اهداء تخمک:

اولین گزارش موفقیت‌آمیز استفاده از اهداء تخمک در سال ۱۹۸۴ داده شده است و از آن زمان تا بحال چند صد مورد تولد در جهان با این روش گزارش شده است. از این روش می‌توان در موارد نارسائی زودرس تخمدان، عدم وجود مادرزادی تخمدان، جراحی و رادیاسیون و شیمی درمانی تخمدان که منجر به تخریب تخمدان می‌شود، احتمال انتقال بیماری‌های ژنتیکی به نوزاد، عدم موفقیت در IVF و سقط مکرر استفاده نمود. فرد دهنده تخمک می‌تواند زنان تحت درمان با IVF (تخمک‌های اضافی) دوست، فامیل و یا فرد ناشناس باشد. از فرد دهنده معاینات فیزیکی و تست‌های مختلف از جمله تعیین گروه خونی، آنالیز کروموزومی، جستجوی عفونت‌های

مانند ایدز، هپاتیت و غیره بعمل می‌آید. در این روش اهداء کننده تخمک تحت درمان داروهای محرک تخمک‌گذاری قرار گرفته و سپس تخمک همانند روش IVF تخمک‌ها جمع‌آوری شده و در مجاورت اسپرم شوهر فرد گیرنده تخمک قرار داده تا لقاح در محیط آزمایشگاه صورت بگیرد. پس از تشکیل جنین ۲ تا ۳ جنین به داخل رحم فرد گیرنده منتقل می‌شود. در این روش فرد گیرنده تحت درمان استروژن و پروژسترون بمنظور آماده شدن رحم برای لانه‌گزینی جنین قرار می‌گیرند و این درمان تا هفته ۱۰-۱۲ حاملگی ادامه داده می‌شود. بعد از این زمان جفت قادر به تولید این هورمون‌ها بوده و در نتیجه قادر به نگهداری جنین می‌باشد.

میزان لقاح در میکرواینجکشن برای هر تخمک ۷۰٪ و میزان موفقیت حاملگی بالینی برای هر سیکل درمانی بیش از ۲۴٪ گزارش شده است.

میزان موفقیت این روش مشابه IVF می‌باشد و سن بیمار بطور مشخصی نمی‌تواند روی شانس حاملگی در این روش تأثیر بگذارد.

اهداء جنین:

اهداء جنین یکی از راه‌های درمان زوج‌هایی می‌باشد که توانائی ایجاد جنین‌های سالم را ندارند. اهداءکننده‌های جنین به دو گروه تقسیم می‌شوند:

۱- زوج‌هایی که تشکیل خانواده داده و تنها بمنظور تولید جنین و اهداء آن به زوج‌های نازا تحت سیکل درمانی IVF قرار می‌گیرند.

۲- زوج‌هایی که نازا بوده و تحت درمان IVF بوده بعد از حامله شدن و فرزنددار شدن تعداد اضافه جنین‌های تشکیل شده را که در نیتروژن مایع منجمد و ذخیره شده به زوج نازای دیگر اهداء می‌کنند.

در این پروسه پزشک تمامی عوارض ناشی اهداء جنین از جمله عوارض فیزیکی مانند عفونت و اسکار دائمی و عوارض روحی و روانی ناشی از اهداء جنین را به فرد دهنده اطلاع می‌دهد. قبل از اهداء جنین زوج‌های دهنده از نظر تاریخچه ژنتیکی و پزشکی و تست‌های خونی برای تشخیص بیماری‌های عفونی از جمله ایدز، هپاتیت، سیفلیس و گروه‌های خونی بررسی می‌شوند. و اجازه کتبی مبنی بر استفاده از جنین‌های

گردیده است که در این روش خطر چسبندگی تخمدانی - لوله ای وجود دازد با توجه به اینکه این بیماری از علل قاطع ناباروری بشمار میرفت به دلایل فوق در درمان آن اختلاف نظر وجود داشت.

گفت و شنود



پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی در نظر دارد بمنظور انعکاس مشکلات ناشی از درمان و تهیه دارو، تأثیرات سوء ناشی از ناباروری یا خاطرات تلخ و شیرین ناباروری و یا زحماتی که برای حصول باروری متحمل شده اید هر بار ماجرای زوجی نابارور را که برای دفتر مجله ارسال میشود، منتشر نمایند تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

من یکی از انبوه بیماران منتخب IVF هستم که سابقه ده سال ناباروری و سه حاملگی خارج از رحمی از نوع لوله ای داشته ام. دو بار اول با توجه به آنکه زود تشخیص داده بودند پزشکان تصمیم گرفتند که آنها را با دارو برطرف کنند. اما آخرین حاملگی تقریباً مرا از پا درآورد. و در طول درمان مبتلا به زردی شدم و علیرغم اینکه مبتلا به هیپاتیت C هستم در جهت بارور شدن تلاش نمودم. با توجه به وضعیت فعلی به من گفته شده بود که تنها راه درمان من IVF میباشد. سه سال طول کشید تا توانستم مقدار پول لازم برای این درمان را فراهم کنم. اگرچه پزشکان احتمال انتقال هیپاتیت را ضعیف میدانستند ولی همواره هراس داشتم که مبادا بیماری من در صورت بارداری به فرزندم منتقل گردد. البته تا بحال بچه ام به این بیماری مبتلا نشده است.



زمانیکه برای در طی آخرین حاملگی خود به علت درد شکمی و سرگیجه به

۱- قطر آنها از ۵-۶ سانتی متر تجاوز کند
۲- این اندازه برای مدت چهار هفته یا بیشتر باقی بماند.

از آنجائی که کیستهای تخمدان به طور معمول بعد از تخمک گذاری کوچک میشوند، تصمیم پزشک شما قابل قبول است. اختلالات قاعدگی میتواند باروری را کاهش دهد، بخصوص سیکل های قاعدگی بیش از ۳۵ روز، که با افزایش درصد سیکلهای بدون تخمک گذاری مرتبط هستند. سیکلهای نامرتب طولانی میتواند با کیستهای تخمدانی و درد شکمی ارتباط داشته و یا نداشته باشد. حامله شدن شما با وجود کیست تخمدان، سیکلهای طولانی و یا دردهای شکمی گذرا هیچ خطری نخواهد داشت. البته نکات بسیاری در مورد تاریخچه فردی شما وجود دارد که ما از آن اطلاعی نداریم. به همین منظور اگر نگرانی شما ادامه دارد پیشنهاد میکنم با پزشک متخصص خود تماس بگیرید.

درد شکمی الزاماً ارتباط خاصی با کیست تخمدان یا باروری ندارد.

قبل از اینکه من پسرم را حامله شوم در وزن ۵۰ کیلوگرمی هر سه ماه یکبار قاعده میشدم تا زمانیکه بچه دار شدم و پس از آن در وزن ۶۰ کیلوگرمی دوره قاعدگی ام طولانی تر شد. آیا عمل جراحی برداشت گوه ای تخمدان به من کمک خواهد کرد؟ در غیراین صورت شما چه درمانی را پیشنهاد میکنید؟

در برداشت گوه ای تخمدان، تکه ای از هر تخمدان را مثل برشی از یک کیسک بریده و آن را در طی یک عمل جراحی خارج میکنند این روش اولین بار توسط دکتر Tring stein در شیکاگو سال ۱۹۹۰ برای درمان PCO مطرح شد. روش برداشت گوه ای برای درمان PCO معمولاً برای چندماه (گاهی بیشتر) تا کاهش سریع میزان بافت تخمدانی در بدن بکار برده شد. این روش باعث افت شدید و ناگهانی هورمون های تخمدانی (مثل استرادیول و تستوسترون) میشود که در بعضی اوقات این افت دائمی است. که این افت مقادیر مختلف هورمونها معمولاً به تجدید تنظیم ارتباط تخمدانی هیپوفیزی منتهی میشود که این امر با یک افزایش در FSH سرم همراه خواهد بود. بنابراین بهتر است که تعداد فولیکولها و نحوه تخمکگذاری را بهبود دهیم. در مطالعه گسترده ای در سال ۱۹۸۱ انجام شده است چنین گزارش

آنها و عدم داشتن هیچگونه حقوقی نسبت به جنین ها و نوزادان متولد شده را امضاء میکنند.

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات ابهام در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرمی، پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی آمادگی پاسخگویی به سؤالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هر گونه سؤال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشکده ارسال تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در شماره های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

چهار ماه پیش به دلیل اینکه من و شوهرم تصمیم گرفتیم بچه دار شویم مصرف قرصهای ضد بارداری را قطع کردم. پس از آن در سمت راست پایین شکم احساس درد میکردم، که بعداً متوجه شدم کیست تخمدان دارم. پزشک به من توصیه کرد که نباید حامله شوم. آنها باید خودشان از بین بروند. من تعجب کردم. اگر این حقیقت دارد آیا اگر حالا برای حاملگی اقدام کنیم خطری مرا تهدید میکند؟ و همچنین بر طرف شدن کیست تخمدان شانس حامله شدن را افزایش میدهد؟ البته باید ذکر کنم دو قاعدگی گذشته من بادو هفته تاخیر اتفاق افتاده است.

در اینجا باید گفت که شما چند سوال مختلف را توأمأ مطرح کرده اید؟ درد شکمی الزاماً ارتباط خاصی با کیست تخمدان یا باروری ندارد. یک معاینه فیزیکی توسط پزشک میبایست منبع درد را مشخص نماید. قطعاً در هنگام تخمک گذاری کیست های کوچکی در تخمدان ایجاد می شود. در حقیقت تا زمانی که کیست تخمدان ۱/۴ سانتیمتر قطر نداشته باشد، تخمک به طور معمول از تخمدان آزاد نخواهد شد. کیست های تخمدان زمانی مطرح میشود که دو فاکتور یا دو وضعیت وجود داشته باشد.

پنج روز بعد از بازیافت، یک جنین سالم به مرحله بلاستوسیست میرسد و شش تا هفت روز بعد از بازیافت، از پوسته سحت خارجی خود خارج و بعد فرآیند لانه گزینی آغاز میشود.

هنوز ثابت نشده است که استراحت در رختخواب بعد از عمل انتقال جنین شانس بیشتری برای حامله شدن بدنبال دارد یا خیر؟

ترشح HCG تا ۹ روز بعد از کاشته شدن جنین سالم در رحم، آغاز نمیشود. البته شما احتمالاً قادر نخواهید بود فرآیند لانه گزینی را حس کرده و یا با آزمایش ثابت کنید.

در صورت حاملگی چه علائمی بایستی وجود داشته باشد؟

با توجه به صحبت‌های خانمهایی که از طریق IVF حامله شدند، به این نتیجه میتوان رسید که هیچ علائم خاصی برای احساس تشخیص حاملگی وجود ندارد. از آنجائی که این علائم خیلی متنوع است، پاسخ به این سوال مشکل خواهد بود. علائم در دو هفته اول بارداری به چند علل مختلف میتواند ایجاد شود: داروهائی که مصرف میکنید، بهبودی بعد از سیکل IVF یک قاعدگی قریب الوقوع و یا حاملگی قریب الوقوع.



بعضی از خانمها حتی قبل از گرفتن جواب مثبت حاملگی از وجود علائم زیر شاکی بوده اند. ممکن است، شما هم بعضی از این علائم را قبل از تست حاملگی تجربه کرده باشید ولی تنها راهی که آن را تایید میکند انجام یک آزمایش حاملگی در کلینیک مربوطه است.

- ۱- گاهی هیچ علائمی وجود ندارد.
- ۲- علائمی مثل علائم قبل از قاعدگی
- ۳- حساسیت پستان
- ۴- گرفتگی عضلات
- ۵- تهوع
- ۶- استفراغ

آیا بعد از انتقال جنین بایستی در رختخواب استراحت کرد؟

- نظرات متفاوتی در مورد استراحت در رختخواب بعد از انتقال جنین به داخل رحم مطرح است. بعضی از پزشکها کلاً استراحت در رختخواب را توصیه نمیکنند. در حالیکه برخی از پزشکان از روز اول تا سوم استراحت در رختخواب را تجویز میکنند. هنوز ثابت نشده است که استراحت در رختخواب بعد از عمل انتقال جنین شانس بیشتری برای حامله شدن بدنبال دارد یا خیر؟ اغلب توصیه میشود که حداقل در روز اول در یک حالت استراحت و آرامشی بسر ببرند. پس بهتر است که نضایح پزشک معالجتان را با توجه به وضعیت شخصی مورد توجه قرار داده و دنبال کنید.

- با توجه به دستورالعمل های بالینی که برای خانمها در این دوره مطرح است ما لیستی از احتیاط های لازم را تنظیم کرده و جهت اطلاع شما در اینجا ذکر میکنیم. البته باز هم خواهشمندیم که حتماً نضایح پزشکتان را در ارتباط با احتیاطهای لازم در نظر داشته باشید. اگر شما در دو هفته انتظار به سر میرید و موارد اشاره شده در ذیل راعایت ننموده اید، نگران نباشید من خانمهایی را میشناسم که بعضی از این کارها را انجام دادند و هنوز میروند که حامله شوند.

دوری از:

- مصرف قهوه، سیگار، الکل و داروها
- برداشتن چیزهای سنگین.
- فعالیت زیاد در منزل و ورزشهای طاقت فرسا و دشوار (جاروبرقی کشیدن هم شامل میشود)
- فعالیتهای جهنده (اسب سواری و بدنسازی)
- حمام و شنا.
- روابط زناشویی

لانه گزینی در رحم چه زمانی صورت میگیرد؟

لانه گزینی میتواند ۶ تا ۱۰ روز بعد از بازیافت تخمک صورت گیرد (دلیل انتخاب زمان باز یافت این است که جنین در روزهای مختلفی از نمو میتواند به داخل رحم انتقال یابد و روز بازیافت را روز صفر محسوب میکنیم).

بیمارستان رفتن، متوجه شدند که باز هم دچار حاملگی خارج رحمی هستیم و فوراً تحت عمل جراحی قرار گرفتیم. در آن زمان بود که به علت تزریق خون آلوده مبتلا به هیپاتیت مبتلا شدم. پس از ده ساعت از جراحی دچار خونریزی داخلی شدم بطوریکه از طریق رگ گردن به من خون تزریق کردند. آنها هر دو لوله من را برداشتند. پس از بهبودی سه روز بعد مرا به خانه فرستادند بدون اینکه قبل و بعد از جراحی سونوگرافی انجام شود. من هنوز احساس حاملگی میکردم. پزشک معالج معتقد بود که این احساس ناشی از مسایل روانی میباشد تا اینکه دوباره خونریزی نمودم و بالاخره با انجام سونوگرافی متوجه شدم که سه ساک جنینی دیگر در رحم لانه گزین شده که ضربان قلب نداشتند احتمالاً در اثر جراحی سه روز قبل از بین رفته بودند.



دو سال بعد برای IVF اقدام نمودم و فکر نمیکردم پس از این همه حوادث عجیب و غریب شانس برای باروری داشته باشم و اگر تنها به خاطر همسر من نبود این همه مشکلات را نمیدانم چگونه تحمل مینمودم.

در طی سیکل درمانی IVF با وجود اینکه داروهای زیادی مصرف نمودم، ولی اصلاً روند رشد فولیکولهای من خوب نبود و نسبت به بیماران دیگر فولیکولهای کمتر و ریزتری داشتم. اما خوشبختانه در روز تخمک گیری ۱۵ تخمک بدست آمد که ۱۰ عدد از آنها بارور شده و ۵ جنین تشکیل گردید که داخل رحم منتقل شدند. اصلاً آمیدی به حاملگی نداشتم ولی لطف خداوند شامل حال شد و من با همان جنینها باردار شده و اولین روز فروردین ۱۳۷۷ زایمان کردم.

دانستنی های باروری





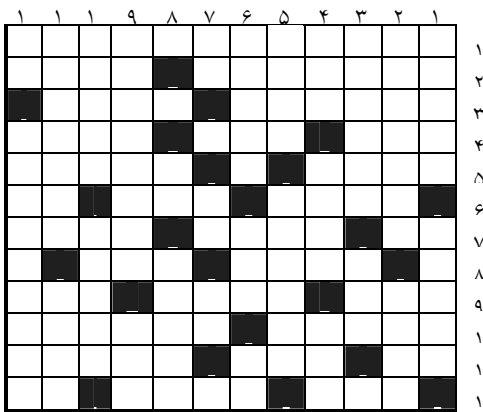
مسابقه جدول

خواهشمند است پاسخهای خود را به
آدرس تهران- صندوق پستی ۱۷۷-۱۹۸۳۵
پژوهشکده BIB ارسال فرمائید
(برروی پاکت قید فرمائید: مربوط به مسابقه
جدول) از میان پاسخهای صحیح هر ماه یک
نفر به قید قرعه انتخاب خواهد شد.

جایزه جدول

اشتراک یک سال خبرنامه پیام باروری و
ناباروری به طور رایگان

(حل جدول قبل)



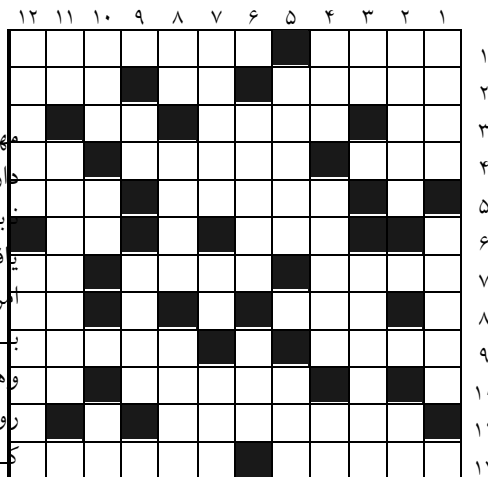
اخبار علمی برگزیده



قرص ضد باروری برای مردان

مهارکننده های کانال کلسیم بصورت یک
داروی ضد باروری عمل نموده و سبب ایجاد
باروری قابل برگشت در آقایان میشود. این
قرصها در نشست سالانه انجمن ناباروری
آمریکا و کانادا مطرح گردیده است.

بر اساس مشاهدات اخیر دکتر Benof
و همکارانش از دانشکده پزشکی نیویورک بر
روی مردان نابارور در درمانگاه متوجه شدند،
که اغلب این مردان از داروهای بلوک کننده
کانال کلسیم مصرف می نموده اند. در جریان
نشست، دکتر Benof تشریح نمود، که چگونه
داروی نیفیدپین (ضد فشار خون) سبب ایجاد



جدول



وجود لکه بینی قبل از تست حاملگی طبیعی است؟

لکه بینی در طول ۲ هفته اول میتواند چند
احتمال را بدنبال داشته باشد:

(۱) لانه گزینی یک جنین

(۲) لانه گزینی یک جنین همراه با جدا
شدن یا عدم لانه گزینی جنینهای دیگر

(۳) وقوع قاعدگی

اگر فردی دچار لکه بینی شود، بایستی حتما
به پزشک معالج خود اطلاع دهید، شما همیشه
بایستی تست حاملگی را در نظر داشته باشید
حتی اگر لکه بینی شدید باشد.

اگر از تزریق HCG برای کمک به لانه
گزینی جنین استفاده کنید، تا دو هفته
بعد HCG سرم بالا خواهد بود و جواب
حاملگی بطور کاذب مثبت می گردد.

عمودی :

- ۱- لهجه - رگ حاوی خون روشن ۲ - سلول -
- سقط سقط شده ۳- جلال وشکوه - روش تزریق
- نطفه مرد به داخل رحم زن ۴- گروه - جمعه -
- تکرار دو حرف که نام چشمه ای است ۵- عقیم -
- اشاره به کسی ۶- نام سوره ای مبارک در قرآن -
- جهنم ۷- ایمنی - مظهر وفا- زایر خانه خدا ۸ -
- نفی عرب - حمایت کننده - روان ۹- میوه بهترین
- شیوه ۱۰- مصدر مرخم رفتن - چه وقت ؟ -
- کجاست؟ ۱۱- پهلوان - بیماری حصبه ۱۲- سلول
- زایای مرد- عدم باروری.

چه زمانی میتوان برای نخستین بار از تست حاملگی استفاده کرد؟

تست حاملگی گه در منزل توسط خود فرد
انجام میشود، بسیار گمراه کننده است،
بخصوص اگر قبل از برنامه تعیین شده توسط
پزشک انجام شود. اگر شما یک تزریق HCG
(یک یا دو روز قبل از بازیافت تخمک) داشته
باشید، میتواند تا دو هفته بعد HCG سرم را بالا
نگه دارد. تا زمانیکه از سیستم گردش خون
خارج شود. حال اگر HCG را به عنوان داروی
تکمیل کننده درمان پس از انتقال جنین
دریافت کرده باشید، این دارو مدت بیشتری در
گردش خون باقی خواهد ماند، اکنون
اگر شما زمانیکه هنوز HCG در بدنتان وجود
دارد، آزمایش دهید. جواب آزمایش میتواند
بصورت کاذب مثبت شود و از طرف دیگر اگر
زمانی این آزمایش را انجام دهید، که HCG
ناشی از تزریق از بدن شما دفع شده باشد
و هنوز مقدار HCG تولید شده بوسیله جنین به
حدی نرسیده باشد که با آزمایش بتوان آن را
تشخیص داد، جواب منفی کاذب خواهیم
داشت. اگر شما قصد دارید از آزمایشهای
خانگی استفاده کنید، باید این نکته را در نظر
داشته باشید که جواب آن، قطعی نبوده و باید
همیشه نتیجه سیکل درمانی در روز مقرر
و توسط آزمایشگاه و سونوگرافی تایید شود.

همکارانش معتقدند که تحقیقات بیشتری میبایست بر روی نتایج مهم و اثرات سوء دود سیگار انجام شود.

بولتن پیام باروری و ناباروری مشترک می‌پذیرد

علاقتمندان می‌توانند مبلغ ۱۵,۰۰۰ ریال (معادل هزار و پانصد تومان) به حساب جاری ۱۳۵۸۵۱۱۴۰ بانک تجارت شعبه اردیبهشت در وجه پژوهشکده بابت اشتراک یکسال (۱۲ شماره) واریز نموده، اصل فیش بانکی (کپی فیش را نزد خود نگهدارید) و فرم تکمیل شده اشتراک را به آدرس زیر ارسال فرمائید.
آدرس پژوهشکده: تهران - بزرگراه شهید چمران - اوین دانشگاه شهید بهشتی - انتهای بلوار - صندوق
پستی: تهران ۴۶۳۱ - ۱۹۳۹۵، تلفن ۲۴۰۲۰۱۱ - ۲۴۰۳۶۴۱ فاکس ۲۴۰۳۶۴

نشریه پیام باروری و ناباروری

صاحب امتیاز: پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:

شمیسه اسکندری، دکتر ربابه طاهری یناه،

دکتر معرفت غفاری، دکتر هادی کریمی،

پریسا مردان پور

همکاران اجرائی: معصومه جلوند، ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده

این نشریه به منظور بالا بردن کیفیت و یویایی مطالب، از تمام خوانندگان دعوت به همکاری می‌کند و برای شنیدن هرگونه 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

پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی
تولیدمثل و نازایی

صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: RBIBR@yahoo.com

احتمال بروز جهش کروموزومی اسپرم در مردان سیگاری دو برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری است. این فرضیه براساس گزارش دکتر Maria Teresa و همکارانش از مرکز تحقیقات بیمارستان Ontario کانادا دال بر افزایش خطر سرطان در فرزندان مردان سیگاری این گزارش باروری و ناباروری، ثابت شده است که سیگار کشیدن موجب کاهش تعداد اسپرم و به همان اندازه کاهش کیفیت و زیست پذیری اسپرم مردان می‌گردد. محققین دانشگاه تورنتو در آخرین مطالعه خود این مسئله را که بنزوپیرین یعنی ماده سرطانزا که در سیگار، گوشت‌های...، گازهای حاصل از مواد سوختنی و دیگ رمانع یافت می‌شود در اسپرم افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری بیشتر است مورد بررسی قرار دادند.

ماده سرطانزا بنزوپیرین که در سیگار، گوشت‌های...، گازهای حاصل از مواد سوختنی و دیگر منابع یافت می‌شود در اسپرم هم دیده شده است.

آنان در توضیحات خود اینگونه اعلام داشته‌اند که ماده بنزوپیرین به DNA انسان منتقل شده و ایجاد ترکیب BPDE-DNA مینماید. آنها به کمک یک شیوه رنگ آمیزی خاص میزان BPDE-DNA موجود در اسپرم ۲۳ مرد را که ۱۱ نفر آنها تعداد زیادی سیگار مصرف میکرده‌اند را مورد بررسی قرار دادند. اسپرم مردان سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری ۲/۱ برابر بیشتر رنگ مخصوص را بخود گرفته است. از طرف دیگر آزمایشات تکمیلی هم نشان داده که سطح BPDE-DNA با مدت زمان تماس با دود سیگار ارتباط مستقیم داشته و هرچه مدت تماس آن بیشتر باشد سطح آن افزایش بیشتری خواهد داشت. گزارشات موجود مؤید آن است که میزان بالای موتاسیون در اسپرم افراد غیرسیگاری به واسطه تماس آنها با بنزوپیرین است که در محیط زندگی آنها وجود دارد. محققان اعلام داشتند که اسپرم نابالغ حساسیت زیادی نسبت به موتاژن‌های شیمیایی مثل بنزوپیرین دارند. چنین به نظر می‌رسد که اسپرم کاملاً بالغ که بدنبال انزال خارج شده است، ممکن است حاوی توده انبوهی از موتاسیونها باشند که در طی فرآیند بلوغ اسپرم در آنها رخ داده است. امکان بهبودی این اسپرم‌ها از نظر ترمیم ژنتیکی بسیار اندک است. مؤلفان اشاره میکنند که ممکن است احتمال انتقال ژن‌های مسبب سرطان از پدر به فرزند افزایش یابد.

مطالعات قبلی نشان ارتباط بین یک بنزوپیرین، BPDE-DNA و ژن سرطان ریه را نشان داده‌اند. براساس این یافته‌ها دکتر Zenzes و

ناباروری در مردان میشود در هنگام مصرف دارو میزان کلسترول بطور معنی داری کاهش می‌یابد. و آنها متوجه شده‌اند، میزان کلسترول، در اسپرم مردانیکه تحت درمان با نیفیدپین میباشند بطور معنی داری افزایش می‌یابد. قطعاً



در بیمارانیکه با داروهای دیگری که کلسیم ورودی به اسپرم را بلوکه نمی‌کنند، میتوانیم توانایی باروری آنها را برگردانیم و قادر خواهند بود به روش طبیعی یا روشهای کمک درمانی همسر خود را بارور نمایند. این تیم متعاقباً نشان داد که این داروها از طریق تغییر کلسترول غشایی عمل میکنند اگر اسپرم از کلسترول پر شود میتواند آن را غیر فعال کند و این مکانیسم اثر این داروها است.

مشکل ناباروری مردان مبتلا به فشار خون با مصرف داروهای ضد فشارخون در ارتباط میباشد.

البته نظریه تنظیم اسپرم از طریق متابولیسم کلسترول نظریه جدیدی نیست و ما به خوبی میدانیم که حتی جهت چسبیدن اسپرم به زونا پلوسیدا (یوسته تحمک) بایستی کلسترول خود را از دست بدهد. بعلاوه داروهاییکه شب می‌شوند اسپرم کلسترول بیشتری بسازد، باعث ایجاد ناباروری اسپرم میشوند و به این طریق میتوانیم برای مردان بطور اختصاصی، داروهای ضد باروری بسازیم. به اعتقاد دکتر Benof مشکل ناباروری مردان مبتلا به فشار خون مصرف داروهای ضد فشارخون میباشد و چنانچه میل به باروری وجود داشته باشد بایستی تقریباً "سه ماه پس از قطع دارو صبر نماییم تا اسپرمهای جدید که تحت تاثیر داروهای مهارکننده کانال کلسیم قرار نگرفته‌اند ساخته شده و رشد و نمو نمایند.



**نقش جهش کروموزومی اسپرم
در سرطان فرزند**