

باروری و ناباروری

ویژه عمومی

● با هیستروسکوپ می توان حفره رحم را با دید مستقیم مورد بررسی قرار داد.

انجام PCT ، قبل از تخمگذاری است .

● سونوگرافی واژینال یا ابدومینال ، کدام بهتر است ؟

● صدای قلب بچه کوچولوی ما قوی و تند بود ولی سه روز بعد...

● چسبهای استروژنی برای درمان علائم یائسگی از قرصهای استروژن بی خطرتر است.

انتخاب جنسیت بچه توازن نسبت پسر به دختر را به هم نخواهد زد.

● احتمال تولد نوزاد با وزن کم در مادرانیکه سابقه بیماری قلبی فامیلی دارند بیشتر است.

● اختلالات دستگاه گوارش در مادر منجر به سوء تغذیه و کاهش وزن مادر و در نهایت اختلال

رشد جنین خواهد شد.



بنام آنکه هستی از اوست

در این شماره می خوانید:
 لقاح خارج رحمی (باروری آزمایشگاهی) (۹)
 فاکتورهای دهانه رحم (۲)
 مزیت سونوگرافی واژینال
 خاطرات باروری
 چسبهای استروژنی از قرصهای استروژن
 بی خطرتر است
 انتخاب جنسیت نسبت پسر به دختر را نامتعادل
 نمی کند
 سابقه فامیلی بیماریهای قلبی مادر و تولد نوزاد
 با وزن کم
 داروهای ضد اختلالات دستگاه گوارش در حاملگی
 و شیردهی
 جدول

سر مقاله



لقاح خارج رحمی
 «باروری آزمایشگاهی»
 (۹)

دکتر محمد مهدی آخوندی

در شماره های قبل توضیح داده شد که شناسایی علل ناباروری زن، نیازمند بررسی دقیق تاریخچه بیماری و بررسی های کلینیکی است که برای این منظور زنان در سه زمینه: الگوی تخمک گذاری، تمامیت ساختمانی «آناتومیکی» و موقعیت موکوس دهانه رحم مورد ارزیابی و بررسی قرار می گیرند. الگوی تخمک گذاری مورد بحث قرار گرفت و در بررسی تمامیت ساختمانی سیستم تولید مثل، قدرت تشخیصی هیستروسالپنگوگرام و لاپاراسکوپ معرفی شد؛ ادامه آن در این شماره مورد بحث قرار می گیرد:

هیستروسکوپي:

هیستروسکوپي تشخیصی وسیله ای است که تحت اثر مواد بیحس کننده و یا بیهوشی عمومی، دهانه رحم و رحم مورد ارزیابی دقیق قرار می گیرد.

هیستروسکوپ وسیله ای نازک، نورانی و شبیه تلسکوپ است که با داخل نمودن آن به رحم از طریق واژن و دهانه رحم برای مشاهده، مطالعه و بررسی کامل حفره رحمی مورد استفاده قرار می گیرد. پس از وارد کردن هیستروسکوپ به داخل رحم، حفره رحم توسط یک مایع متسع کننده مثل: نرمال سالین، سرم قندی 5% و یا دکستران متسع می شود.

هیستروسکوپي تشخیصی تحت دید مستقیم پزشک، امکان مطالعه مسیر دهانه رحمی و همچنین داخل رحم را فراهم نموده و بدینوسیله امکان بررسی و مشاهده نقایصی که مانع جایگزینی جنین در رحم است، فراهم می گردد.

هیستروسکوپي تشخیصی وسیله ای است که تحت اثر مواد بیحس کننده و یا بیهوشی عمومی، دهانه رحم و رحم مورد ارزیابی دقیق قرار می گیرد.

بوسیله هیستروسکوپ مواردی نظیر تومورهای فیبروئیدی، پولیپ، زخم های موجود در دیواره رحم و یا نقایص مادرزادی بسادگی قابل تشخیص است. گزارشات حاکی از آنست که در حدود $\frac{1}{8}$ از زنان کاندید شده برای لقاح خارج رحمی (IVF)، زخم هایی در جداره رحم داشته اند که برای افزایش شانس و موفقیت در نتایج IVF، باید نسبت به رفع و درمان آن اقدام شود. لذا توصیه شده است که همه بیماران کاندید لقاح خارج رحمی، قبل از شروع پروسه درمان، تحت این بررسی قرار گیرند، تا در صورت لزوم، درمانهای اولیه انجام شود.

هیستروسکوپي درمانی نیازمند بیهوشی عمومی است و حتماً بایستی در اتاق عمل و با کمک وسایل جراحی لازم صورت پذیرد. معمولاً هیستروسکوپي درمانی همزمان با

لاپاراسکوپي انجام شده و بدینوسیله از وضعیت سلامت رحم و ساختمان های اطراف رحمی اطمینان حاصل می شود.

بوسیله هیستروسکوپ مواردی نظیر تومورهای فیبروئیدی، پولیپ، زخم های موجود در دیواره رحم و یا نقایص مادرزادی بسادگی قابل تشخیص است.

همچنین انواع روشهای جراحی برای اصلاح نقایص ساختمانی توسط هیستروسکوپ امکان پذیر است. همچنین امکان انجام عمل جراحی بکمک دستگاه لیزر وجود دارد و بدینوسیله شانس خونریزی کاهش می یابد. در این ارتباط هیستروسکوپي درمانی مانع انجام بسیاری از جراحی های بزرگ شکمی (با حذف ریسک های خطر مربوط به آن) شده است.

جراحی های ضروری برای جبران نقایص آناتومیکی:

در ارتباط با وجود نقایص ساختمانی سیستم تناسلی زن، پزشک در اولین اقدام، تلاش بر آن دارد که نقایص ناحیه تناسلی را با کمترین صدمات ناشی از جراحی، تصحیح نماید. این عمل می تواند با لاپاراسکوپ، فالوسکوپ و هیستروسکوپ انجام شود. امروزه تقریباً همه موقعیت های پاتولوژیک رحم و لوله های فالوپ و یا حتی ساختمان های اطراف آن که در باروری نقش دارند، قابل اصلاح توسط لاپاراسکوپي و یا هیستروسکوپي هستند. بجز در موارد انسداد لوله های فالوپ که با انجام لقاح خارج رحمی (IVF) قابل جبران است و بقیه نقایص آناتومیکی که منجر به ناباروری زن می شود، توسط لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ قابل درمان است و لذا انجام لاپاراتومی برای رفع نقایص ساختمانی، تا حدی منسوخ شده است.

در این ارتباط توصیه برای جراحی بعنوان راه حلی جهت رفع مشکلات لوله‌ای به وضعیت بیمار بستگی دارد. اگر زن جوانی، انسداد لوله‌ای منجر به ناباروری داشت، در صورت درخواست ترمیم، شاید جراحی لوله‌ها یکی از راه‌حل‌های درمانی انسداد باشد. البته این اقدام بستگی به موارد ذیل دارد:

- ۱- قسمت کوتاهی از لوله دارای انسداد باشد.
- ۲- باندازه کافی لوله از دو طرف جهت اتصال مجدد وجود داشته باشد.
- ۳- قسمت انتهایی لوله فالوپ دست نخورده باشد.
- ۴- جراحی موجب ایجاد زخم بر روی لوله‌ها نشده و همچنین مانعی در برداشت تخمک توسط فیبرمیا ایجاد ننماید.

ادامه دارد

سیری در دنیای علم



فاکتور دهانه رحم

(۲)

دکتر معرفت غفاری

در شماره قبل خصوصیات موکوس دهانه رحم و تغییرات آن تحت اثر هورمونهای جنسی شرح داده شد. و ضمن شرح مشکلات موکوس دهانه رحم به توضیح تستهای موکوس دهانه رحم پرداختیم در این شماره در ادامه می‌خوانید:

تست بعد از نزدیکی (PCT)

این تست یکی از قدیمی‌ترین تست‌ها برای ارزیابی نازایی می‌باشد و حدوداً بیش از ۱۰۰ سال است که انجام می‌شود. زمان انجام PCT مهم بوده و باید در مرحله قبل از تخمک‌گذاری زمانیکه موکوس فراوان و شفاف است انجام

شود. متخصصین زنان در طی معاینه داخلی که چند ساعت بعد از نزدیکی انجام می‌گیرد موکوس را از کانال دهانه رحم تهیه و بر روی لام قرار داده و زیر میکروسکوپ بررسی می‌کنند. بیشتر پزشکان بهترین زمان برای انجام این تست را حدود ۶ الی ۲۴ ساعت بعد از نزدیکی می‌دانند ولی این زمان قابل تغییر است. تست در صورتی مثبت گفته می‌شود که تعداد معینی اسپرم زنده طبیعی در حال شناکردن در موکوس دیده شود. اسپرم باید بطور نسبتاً مستقیم و قوی شنا نماید.

مشکلات دهانه رحم می‌تواند سبب منفی شدن تست گردد. برای مثال عفونت مزمن در دهانه رحم مانع تولید موکوس کافی می‌شود و در بعضی از زنان با اسکار دهانه رحم موکوس به اندازه کافی تولید نمی‌شود.

تست مثبت PCT بسیار اطمینان‌بخش است و نشان دهنده آن است که:

- ۱- شوهر به اندازه کافی اسپرم طبیعی تولید می‌کند.

- ۲- بدنبال نزدیکی اسپرم بطور صحیح در داخل واژن قرار گرفته است.
- ۳- غدد دهانه رحم طبیعی هستند.
- ۴- استروژن به میزان کافی قبل از تخمک‌گذاری تولید شده و نتیجتاً تخمک‌گذاری طبیعی است.
- ۵- هیچ آنتی‌بادی در موکوس بر ضد اسپرم وجود ندارد.

منفی شدن PCT یعنی عدم وجود اسپرم یا مردن تمام اسپرمها در موکوس می‌باشد. مواردی که سبب منفی شدن تست می‌شود عبارتند از:

- PCT در بهترین زمان انجام نشده است برای مثال PCT خیلی زود یا خیلی دیر در سیکل انجام شده است. زمان اشتباه از شایعترین علت برای نتیجه منفی بوده و لازم است که دوباره تکرار

شود.

- تخمک‌گذاری در سیکل قاعدگی انجام تست رخ نداده است. شاید دلیل آن فشار و استرس و تعیین غلط زمان برای انجام نزدیکی باشد.

- تعداد اسپرم خیلی کم بوده یا حرکت آن کم است.

- مشکلات دهانه رحم می‌تواند سبب منفی شدن تست گردد. برای مثال عفونت مزمن در دهانه رحم مانع تولید موکوس کافی می‌شود و در بعضی از زنان با اسکار دهانه رحم موکوس به اندازه کافی تولید نمی‌شود. همچنین بیمارانی که سابقه جراحی دهانه رحم داشته (برای مثال مخروط برداری «Conization») دهانه رحم که در طی این عمل جراحی، بافت دهانه رحم بصورت مخروط (Cone) برای تشخیص و درمان ضایعات دهانه رحم برداشته می‌شود) اغلب سبب این مشکل می‌شوند. - دهانه رحم آنتی‌بادی علیه اسپرم تولید می‌کند.

- درمانهای همچون کلومیفن، پروژسترون، دانازول که همگی برای درمان نازایی استفاده می‌شود می‌تواند با تولید موکوس خوب مداخله نماید.

در صورت مقاوم بودن مشکلات دهانه رحم به درمان، آسانترین راه، بای پس نمودن دهانه رحم است یعنی انجام IUI (تلقیح منی شسته شده بداخل رحم).

بخاطر بسپارید که تست منفی وقتی معنی دار است که تست‌های منفی تکراری در شرایط کاملاً مناسب حاصل شود. اگر موکوس خوب باشد ولی PCT بطور مکرر منفی باشد تست نفوذ موکوس داخل آزمایشگاهی یا تست نفوذ اسپرم می‌تواند انجام شود. این تست با گذاشتن یک قطره موکوس تازه در مجاور یک قطره اسپرم تازه در روی اسلاید میکروسکوپ انجام می‌شود.

استفاده شود. برای موثر بودن این روش باید این دارو با دوز بالا داده شود. و این ممکن است سبب ایجاد اثرات جانبی گردد. بهرحال این درمانها بیشتر تجربی بوده و بطور دقیق موثر نیست با توجه به اینکه وجود آنتی بادی علیه اسپرم با انجام باروری آزمایشگاهی مداخله نمی نماید بنابراین بهترین حالت برای درمان بیماران، انجام باروری آزمایشگاهی می باشد.

پایان

پاسخ به پرسشهای شما



سؤال: ارجحیت سونوگرافی واژینال بر سونوگرافی ابدومینال (شکمی) چیست؟

جواب: مهمترین مزیت سونوگرافی واژینال این است که تصاویر ایجاد شده از تخمدان و رحم با این روش معمولاً بزرگتر و واضحتر از تصاویر ایجاد شده از طریق سونوگرافی ابدومینال است بنابراین اندازه های گرفته شده دقیق تر است. علت وضوح این تصاویر نیز نزدیکتر بودن پروب سونوگرافی واژینال به اندامهای مورد نظر می باشد و به این طریق نیاز نیست امواج صوتی از بافتهای زیادی عبور کند تا به بافت مورد نظر برسد. مزیت دیگر آن این است که نیازی به پرپودن مثانه بیمار نیست و بدون آمادگی قبلی به راحتی قابل اجرا می باشد.

تصاویر حاصل از سونوگرافی ابدومینال در بیشتر موارد به اندازه کافی واضح و مناسب است بنابراین اگر برای انجام سونوگرافی واژینال احساس راحتی نمی کنید در صورتیکه پزشک شما تأکیدی روی این مسئله ندارد می توانید سونوگرافی ابدومینال را

میزان روزانه یک یا دو قاشق در روز که ۳-۴ روز قبل از زمان تخمک گذاری مصرف می گردد، درمان نمود. همانطور «*guaifensin*» خلط را رقیق تر می کند کمک می کند تا موکوس دهانه رحم نیز رقیق تر شود.

- موکوس کم، تولید موکوس رامی توان با استفاده از استروژن کمکی با دوز کم تشدید نمود.

در صورت مقاوم بودن مشکلات دهانه رحم به درمان، آسانترین راه «بای پس» نمودن دهانه رحم است یعنی انجام IUI (تلقیح منی شسته شده بداخل رحم).

در بعضی از موارد دهانه رحم برای اسپرم محیطی نامناسب ایجاد می کند و علیه آن آنتی بادی ساخته و سبب کشته شدن اسپرم می شود چشم انداز درمان این حالت با «IUI» بسیار امیدوار کننده است.

بعضی پزشکان توصیه می کنند زنان از تماس با اسپرم شوهر خود برای مدت زمانی جلوگیری نمایند. این روش ممکن است سبب ناپدید شدن آنتی بادی شده زیرا تولید آنها بدلیل عدم تماس با آنتی ژن (اسپرم) تحریک نمی شود. زوجین می تواند نزدیکی داشته باشند ولی شوهر باید از کاندوم استفاده نموده تا اسپرم وارد دهانه رحم نشود. این دوره ممکن است برای شش ماه توصیه شده تا آنتی بادی ها ناپدید گردد. بدلالی این درمان امروزه بندرت پیشنهاد می شود.

بعضی از پزشکان انجام تلقیح اسپرم شوهر مستقیماً بداخل رحم (IUI) را توصیه می کنند این عمل دهانه رحم (محل آنتی بادی ها) را بای پس می نماید. این درمان در بعضی از کلینیک ها موفقیت آمیز بوده است ولی دارای تردیدهایی در مورد (محل آنتی بادی) نیز وجود دارد. زیرا در صورت تولید آنتی بادی، ممکن است در حفره رحمی یا لوله رحم هم تولید شود. استروئیدها ممکن برای جلوگیری از تولید آنتی بادی

تداخل بین دو قطره بمدت یک ربع ساعت، ورود اسپرم بداخل موکوس و شنا کردن فعال بررسی می گردد. اگر پزشک این ورود اسپرم بداخل موکوس را ندید امکان وجود حالتی از پاسخ ایمنی بین اسپرم و موکوس وجود دارد و تست های بعدی باید انجام شود. تست «cross-over» با استفاده از موکوس و منی زوجین با موکوس و منی اهدایی می توان انجام داد. این تست به شما نشان خواهد داد که مشکل از اسپرم یا موکوس است.

توجه به اینکه وجود آنتی بادی علیه اسپرم با انجام باروری آزمایشگاهی مداخله نمی نماید بنابراین بهترین حالت برای درمان بیماران، انجام باروری آزمایشگاهی می باشد.

تست ساده دیگر برای آنتی بادی ضد اسپرم در موکوس، «تست تماس موکوس دهانه رحم» با اسپرم نامیده می شود که در آن اسپرم و موکوس با همدیگر مخلوط می شود. اگر زیر میکروسکوپ، اسپرم در حال حرکت دیده شود معنی آن این است که آنتی اسپرم آنتی بادی وجود دارد. مشکلات دهانه رحم بر اساس عامل آن، قابل اصلاح شدن می باشد. برای مثال اگر دلیل منفی بودن تست ضعیف بودن موکوس بدلائل:

- فقدان تخمک گذاری باشد، تخمک گذاری را می توان تحریک نمود.
- عفونت دهانه رحم باشد، این حالت را می توان با استفاده از کوتریزاسیون یا فریزینگ بافت غیرطبیعی دهانه رحم درمان کرد و نتیجتاً این بافت از بین رفته و غدد سالم دهانه رحم جایگزین آنها می شود.

- گاهی موکوس چسبنده و ضخیم را می توان با استفاده از داروهای ضد سرفه مثل: اکسپکتورانز که حاوی «*guaifensin*» می باشد و به

انتخاب کنید. در موارد بسیار نادر مثل زمانیکه تخمدانها در قسمت بالای لگن جای گرفته اند سونوگرافی واژینال برای بررسی تخمدانها مناسب نیست. ولی در کل برای تشخیص بهتر در صورت امکان از هر دو روش توأم استفاده می شود.

خاطرات باروری



من و شوهرم بلافاصله بعد از ازدواج تصمیم گرفتیم که برای بچه دار شدن اقدام کنیم جالب اینجاست که فکر می کردیم این مسئله در دوران ماه عسل واقع خواهد شد. بعد از چند ماه که ما برای بچه دار شدن تلاش کردیم و نتیجه ای حاصل نشد به پزشک متخصص زنان مراجعه کردیم او برای من آزمایشات متعدد خونی درخواست کرد که نتیجه تمام آنها هیچ مشکلی را نشان نمی داد. همچنان که ما تلاش خود را برای این منظور دنبال می کردیم بدون اینکه متوجه شویم ماهها گذشت و یک سال سپری شد. این مدت تلاش برای من خیلی طولانی به نظر رسید و نمی توانستم بفهمم که با وجود اینکه جواب آزمایشات همه طبیعی بود چرا بچه دار نمی شوم. بعد از مراجعه به چند پزشک دیگر نهایتاً به ما پیشنهاد شد که به یک متخصص زنان و نازایی مراجعه کنیم بعد از پرس و جو برای انتخاب بهترین متخصص زنان و نازایی سرانجام به پزشکی که یکی از افراد فامیل را معالجه کرده بود مراجعه کردیم. بعد از مشورت با این پزشک قرار شد با جدیت بیشتری درمان ناباروری را دنبال کنیم. ابتدا به کمک دارو سعی شد با تحریک تخمدان من تخمکهای بیشتری تولید شود تا شانسی

باروری افزایش یابد. بنابراین با مصرف این داروها برای انجام IUI، تلقیح اسپرم به داخل رحم، (یک تکنیک برای درمان ناباروری) آماده شدم. چهار مرتبه این روش انجام شد ولی نتیجه ای حاصل نشد. بنابراین قرار شد تحت یک جراحی اکتشافی قرار بگیرم تا مشخص شود که مشکل از کجاست. در این جراحی مشخص شد که یک بافت اسکار در رحم من وجود دارد که پزشک با جراحی این مشکل را برطرف کرد.

چند ماه بعد از این عمل جراحی من حامله شدم. این لذت غیرقابل وصف بعد از ۷۵ تا ۲ سال تلاش برای حاملگی، برایم قابل باور نبود. در هفته ششم حاملگی دچار لکه بینی شدم ولی به من گفته شد که در مورد این مسئله زیاد نگران نباشم چون سونوگرافی که برای من انجام شده بود هیچ مشکلی را نشان نمی داد. صدای قلب بچه کرجولوی ما قوی و تند بود ولی سه روز بعد، لکه بینی من بیشتر شد و تغییر رنگ داد. من خیلی ترسیده بودم ولی سعی می کردم که خودم را نیازم ولی متأسفانه بچه کوچک بدنیا نیامده ما در سن هشت و نیم هفتگی مرد. قلب من و شوهرم شدیداً جریحه دار شده بود. به دو دلیل یکی اینکه بعد از این مدت تلاش، کشتی امید ما به گل نشست و دوم اینکه می بایست یک بار غم را بدلیل این ناکامی ها در بقیه زندگی به دوش گیریم برای ادامه کار دلسرد شده بودیم.



بعد از سه ماه پزشک معالجم ما را برای شروع درمان مجدد تشویق کرد. در طی درمان من یک حاملگی شیمیایی داشتم. (بدلیل بالا بودن سطح هورمون جواب

حاملگی مثبت شد) یک خوشحالی کاذب زودگذر!

خوب حالا ما بیشتر افسرده شده بودیم. از آنجاییکه سن من نیز برای انتظار مناسب نبود بعد از بحث و گفتگوی زیاد تصمیم گرفتیم برای «IVF» اقدام کنیم لذا بعد از بررسی های اولیه برای من تزیقات این درمان شروع شد. در زمان جمع آوری تخمک ۸ تخمک جمع آوری شد که ۶ تا از آنها بارور گردید. البته من با وجود این همه دارو که گرفته بودم انتظار داشتم تخمکهای بیشتری حاصل شود. به هر حال زمان انتقال رسید و جنینهای حاصل انتقال یافت هرچند به دلیل شکستهای قبلی امیدی در دل نداشتم ولی ظاهراً خود را امیدوار نشان می دادم. روز آزمایش حاملگی رسید، جواب آزمایش مثبت بود و میزان «HCG» بیشتر از حد نرمال بود با سونوگرافی مشخص شد که من دوقلو باردار هستم خوشحالی ما زیاد طول نکشید و در همان هفته بعد از سونوگرافی هردو بچه خود را از دست دادم. حال ما باید تصمیم می گرفتیم که این راه را ادامه بدهیم یا خیر؟ من فکر نمی کردم که دیگر بتوانم سقط دیگری را تحمل کنم و ناامیدی و یأسی که از این شکستها به من دست داده بود دیگر تحمل هر نوع شکست دیگری را از من گرفته بود. سه ماه دیگر گذشت. پزشک معالج من باز به نصیحت ما پرداخت و پیشنهاد یک IVF دیگر را کرد. ما تصمیم گرفتیم که فقط یک سیکل دیگر تلاش کنیم. بله این بار هم جواب مثبت بود و میزان «HCG» بالا ولی این بار من خیلی بی تفاوت بودم و منتظر بودم تا دوباره لکه بینی شروع شود. ولی خوشبختانه هرگز این اتفاق نیافتاد.

در حال حاضر که برای شما خاطرات خود را می نویسم ۱۵ هفته از حاملگی من می گذرد و حرکات جنین کوچک خود را مرتب حس می کنم و می دانم این احساس تا پایان حاملگی با من خواهد

بود. من به بقای این احساس اعتماد دارم و می دانم تولد فرزند سالم خود را شاهد خواهم بود. به یاری خداوند متعال و به امید آن روز.

اخبار علمی برگزیده



چسبهای استروژنی از قرصهای خوراکی استروژنی بی خطرتر هستند

بر طبق مطالعه ای که در فرانسه انجام گرفته است نشان داده شده است، در خانمهاییکه برای کاهش علائم شدید یائسگی نیاز به دریافت استروژن دارند به نظر می رسد استفاده از چسبهای استروژن از مصرف قرص بهتر باشد. مشخص شده است که مصرف استروژن خوراکی بعنوان درمان جایگزینی باعث افزایش خطر تشکیل لخته های خونی در وریدها می گردد (ترومبوز وریدی). ولی دریافت استروژن از طریق جذب پوستی این اثر را ندارد.

دکتر ایمانوئل اوگر Emmanuel Oger از بیمارستان Dandenong در استرالیا گفته است که این آزمون تصادفی، اهمیت طریقه تجویز استروژن جهت درمان علائم دوران یائسگی را روشن می نماید. تیم تحقیقاتی اوگر بطور تصادفی ۱۹۶ خانم یائسه را با داروی بی اثر (پلاسبو)، استروژن خوراکی و چسبهای استروژن که در هر سه مورد با مصرف پروژسترون خوراکی همراه بود، بمدت ۶ ماه مورد بررسی قرار دادند.

این تیم گزارش دادند که درمان جایگزینی استروژن از طریق خوراکی، بطور معنی داری اثر ترکیبی موجود در

خون که روند تشکیل لخته را کنترل می کند، تغییر می دهد و باعث افزایش تشکیل لخته می شود.

آنها بعد از ۶ ماه نشان دادند که فعالیت تشکیل لخته در گروه مصرف کننده استروژن خوراکی نسبت به گروه دریافت کننده پلاسبو و چسبهای استروژنی بطور معنی داری بالا بوده است. آنها در گزارش خود گفته اند که اطلاعات حاصل از این مطالعه به روشنی ارتباط بین استروژن خوراکی و ترومبوز وریدی را به اثبات رسانده است.

در ماه گذشته یک مطالعه منتشر شده در مجله پزشکی لنست The Lancet نشان داد که در خانمهاییکه از قرصهای خوراکی استروژن برای درمان استفاده می کنند نسبت به خانمهاییکه از چسبهای استروژنی برای این منظور استفاده کرده اند احتمال پیشرفت ترومبوز وریدی چهار برابر بیشتر بود. اوگر و همکارانش گفته اند «اگرچه درمان جایگزینی استروژن از طریق جذب پوستی یک انتخاب سالم و بی خطر برای رهایی از علائم شدید یائسگی می باشد ولی این نتیجه گیری نیازمند تحقیقات بیشتری در آینده می باشد».

انتخاب جنسیت نسبت دختر به پسر را نامتوازن نمی کند

یک دانشمند آلمانی گفته است که بیشتر آلمانیها در مورد جنس فرزندانشان حساس می باشند ولی تعداد زیادی از انگلیسها ترجیح می دهند که به تعداد مساوی پسر و دختر داشته باشند و اضافه کرد که اگر انتخاب جنسیت به دلایل غیرپزشکی در کشوری مجاز شود تعادل جنسیت به هم نخواهد خورد. بیشتر مخالفتها در مورد انتخاب جنس برای جنس استوار است که ممکن است تعادل جنس بدلیل انتخاب شایع یک جنس (پسرها بیش از دخترها) به هم

بریزد. ولی دکتر ادگار دال Edgar Dahl از مرکز پزشکی دانشگاه Giessen در آلمان می گوید براساس بررسی های انجام شده این حدسیات به نظر می رسد که بی اساس باشد. بررسی و ارزیابی بیش از ۱۰۰۰ نفر مردم آلمان و انگلیس آشکار کرده است که انگلیسی ها بیش از آلمانی ها در مورد جنسیت فرزندانشان حساس هستند و بیشتر به لزوم استفاده از تکنیکهای انتخاب جنسیت اعتقاد دارند. ۶۸٪ از انگلیسها می خواهند که تعداد پسرها و دخترهایشان برابر باشد و در مورد آلمانیها این میزان ۳۰٪ است و تنها ۱۶٪ از انگلیسها در مقابل ۵۸٪ از آلمانیها در مورد جنس فرزندانشان حساسیت ندارند و همچنین بیشتر آلمانیها گفته اند که حتی اگر هم می توانستند از روشهای انتخاب جنسیت استفاده نمی کردند. بر اساس مطالعه منتشر شده در مجله Human Reproduction در هر دو گروه مورد بررسی مردان تمایل کمی برای پسر و خانمها برای دختر از خودشان داده اند. دال در خاتمه اضافه کرد همچنان اکثریت زوجها این عقیده را دارند « دو فرزند یک پسر و یک دختر».

دانشنی های باروری



سابقه فامیلی بیماریهای قلبی با وزن هنگام تولد در ارتباط است

برطبق یک گزارش منتشر شده در مجله پزشکی قلب (Medical Journal Heart) خانمهای حامله ای که یک سابقه فامیلی از بیماریهای زودرس قلبی دارند نسبت به خانمهای حامله ای که این سابقه فامیلی را ندارند بیشتر احتمال دارد که

گوارش اثر می‌کند و منجر به تحریک‌پذیری دستگاه گوارش، دل‌پیچه و تغییر در اجابت مزاج می‌شود. درحین فشارهای روحی، ترشح اسید معده بیشتر می‌شود و امکان بروز زخم‌های معده یا روده افزایش می‌یابد. مصرف داروهای خوراکی برای درمان سایر بیماریها نیز می‌توانند روی دستگاه گوارش اثر کرده منجر به التهاب آن شوند. آنتی‌بیوتیک‌ها و مسکن‌های ضدالتهابی مثل آسپیرین یا ایبوپروفن بخصوص اگر با معده خالی مصرف شوند می‌توانند باعث بروز اختلالات دستگاه گوارش شوند.

تغییرات دستگاه گوارش در طی حاملگی:

در طی حاملگی، دستگاه گوارش دچار تغییرات مهمی می‌شود که روی عملکرد آن اثر می‌گذارد. در طی سه ماه اول حاملگی، بدلیل اثر هورمونهای حاملگی، حالت‌های تهوع، استفراغ، احساس سیری زودرس، بی‌اشتهایی و نفخ شکم بسیاری از خانم‌های باردار را آزار می‌دهد و کاهش اشتها یا ترس ناشی از بروز تهوع و استفراغ منجر به اختلال در تغذیه و کاهش وزن می‌شود. در مواردی استفراغهای مکرر باعث بروز پارگی درمویرگهای مری شده که بدنبال آن، رگ‌های خون دیده می‌شود و باعث اضطراب زن باردار و خانواده او می‌شود. معمولاً این حالت‌ها پس از ماه چهارم بارداری بهبود واضح پیدا می‌کند. در طی سه ماه آخر بدلیل بزرگ شدن رحم و اشغال قسمت زیادی از حفره شکم توسط آن، روی دستگاه گوارش فشار ایجاد شده که دوباره منجر به بروز مشکلاتی برای مادر حامله می‌شود.

به همین دلیل به خانم‌های باردار توصیه می‌شود که غذاها را در حجم کم ولی به دفعات بیشتر مصرف کنند، و از خوردن غذاهای چرب و سنگین پرهیز

مری، معده، دوازدهه، روده کوچک و روده بزرگ است. بعلاوه غدد بزاقی دهان، کبد و لوزالمعده و کیسه صفرا نیز در هضم غذا کمک می‌کنند. لذا بروز ناراحتی در هر کدام از اعضاء دستگاه گوارش، منجر به بیماری شده و بدلیل بروز اشکال در هضم، جذب و دفع مواد غذایی نیازمند درمان می‌باشد.

اکثر آنتی‌بیوتیک‌های مصرفی برای زن حامله یا شیرده مشکل عمده‌ای ایجاد نمی‌کند و با توجه به اهمیت مسمومیت‌های باکتریایی یا عفونت‌های روده‌ای، می‌توان از آنها یا جانشین‌های مناسب استفاده کرد.

علل اختلالات دستگاه گوارش:
عوامل متعددی منجر به اختلال در عملکرد دستگاه گوارش می‌شوند. ممکن است بدلیل عفونت یا آلودگیهای انگلی، پوشش داخلی دستگاه گوارش بخصوص معده یا روده دچار التهاب شود که معمولاً بصورت تهوع، استفراغ، دردهای کرامپی شکم و اسهال و گاهی اسهال خونی بروز می‌کند. ممکن است بدلیل تولید زیاد شیر اسیدی معده، زخم‌های کوچک و بزرگ در دوازدهه و روده ایجاد شود. این زخم‌ها علائم مختلفی چون درد دل، سوزش سردل، نفخ، و ترش کردن را ایجاد می‌کنند. پارگی پوست در اطراف مقعد باعث ایجاد شقاق یا شکاف می‌شود و بزرگ شدن وریدهای این منطقه باعث ایجاد بیماری بواسیر (هموروئید) می‌شوند. هردوی این حالت‌ها باعث بروز سوزش و درد در منطقه و در موارد پیشرفته، خون‌ریزی از رکتوم می‌شوند. یبوست باعث بدتر شدن این حالت‌ها می‌شود.

در موارد بسیاری، فشارهای روانی و اضطرابهای متعدد روی عملکرد دستگاه

نوزادی با وزن کم بدنیا بیآورند. سرپرست این مطالعه دکتر Jill P. Pell از بریتانیا و همکارانش گفته است که این اولین مطالعه‌ای است که ارتباط بین بیماری فامیلی قلبی و یک افزایش خطر از عوارض حاملگی را به اثبات میرساند. اخیراً محققین نشان داده‌اند فاکتورهایی که با وزن کم هنگام تولد مثل کاهش رشد جنین و تولد زودرس در ارتباط است به پیشگویی بیماری قلبی مادر وابسته است.

یافته‌های جدید بر اساس مطالعه ۳۳۱۱ خانمی که از سال ۱۹۶۹ تا به حال در اسکاتلند نوزاد زنده بدنیا آورده‌اند پایه‌گذاری شده بود. از میان این تعداد ۱۰۴۰ نفر یک سابقه فامیل بیماری زودرس قلبی داشتند و ۲۲۷۰ نفر سابقه بیماری نداشتند.

بعد از ارزیابی سایر فاکتورهای خطر در عوارض حاملگی این محققین متوجه شدند که سابقه فامیلی بیماری زودرس قلبی خطر تولد نوزاد با وزن کم هنگام تولد را ۲۷٪ افزایش میدهد. این تیم معتقد هستند که ارتباط بین بیماری قلبی و زایمان نوزاد با وزن کم هنگام تولد، با فاکتورهای ژنتیکی در ارتباط است. و اضافه کرده‌اند که تحقیقات وسیع‌تری در این زمینه نیازمند است تا اطلاعات بارزشی در مورد سابقه فامیلی و نتایج حاملگی بدست آید.

اطلاعات دارویی



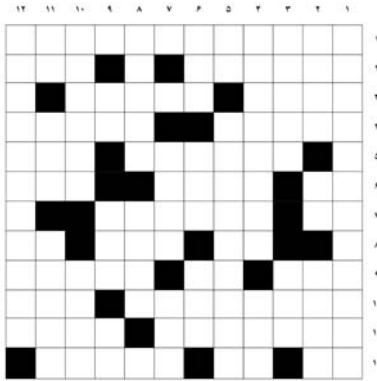
داروهای ضد اختلالات دستگاه گوارش در حاملگی و شیردهی

(۱)

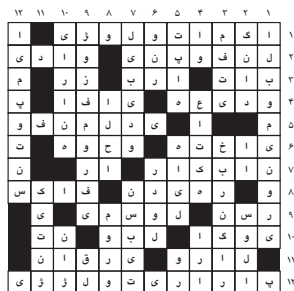
دکتر افسانه محمدزاده

دستگاه گوارش مسئول هضم و جذب و سپس دفع مواد غذایی خورده شده می‌باشد. دستگاه گوارش شامل دهان،

شمال غربی تهران، نزدیکترین سیاره به زمین، شبکه ۱۰- تخمک بارور شده، زاینده ۱۱- پهلوان، یکی از دو یا چند زن که در یک موقعیت در کروموزومهای یک جور قرار گرفته است، جنین ۱۲- دستگاهی برای اندازه گیری فشار خون داخل جمجمه



اشتراک یک سال نشریه پیام باروری و ناباروری به طور رایگان



پیام باروری و ناباروری - سال پنجم شماره ۵۲ آبان ماه ۱۳۸۲

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی
سرپرست: دکتر افسانه محمدزاده
زیر نظر شورای علمی نشریه: شمیمه اسکندری، دکتر ناصر امیرچنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدری، دکتر سیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه محمدزاده
مدیر داخلی: شمیمه اسکندری
همکاران اجرایی: افسانه زمانی، ابوالفضل علیزاده، ناصر رحیمی، مژده مظهری
طراحی روی جلد و صفحه آرایی: مونا سراجی
گستره توزیع: سراسر کشور
ترتیب انتشار: ماهنامه
روش: خبری، آموزشی
چاپ و تکثیر: حدیث (۸۹۴۳۱۵)
این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می نماید. علاقمندان می توانند نقطه نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.
تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار داخل دانشگاه، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۲۵
تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱
Email: bna@avesina.ir
Website: http://www.avesina.ir

قیمت تک شماره: ۱۰۰۰۰ ریال

نکته اساسی این است که باید به خانم های باردار یا شیرده آموزش لازم داد تا از مصرف غذاهای مشکوک و مانده خودداری کنند و از تماس مستقیم با بیماران دچار عفونت های دستگاه گوارش پرهیز کنند تا از عود بیماری جلوگیری شود. عود مکرر اختلالات دستگاه گوارش، منجر به اختلال در تغذیه مادر حامله شده و ممکن است منجر به سوء تغذیه و کاهش وزن مادر و در نهایت باعث کاهش رشد جنین شود. دو دسته اصلی داروهای ضد اختلالات دستگاه گوارش وجود دارد، گروه اول شامل آنتی اسیدها (ضد اسیدها) و گروه دوم داروهای ضد زخم که مسدود کننده گیرنده H₂ هستند؛ می باشند. ادامه دارد



افقی:

۱- حضور بافت رحمی در خارج از رحم
۲- بافت برداری، اولین حرف الفبای فارسی
۳- جمع وکیل، در تصادفات می کشند ۴- جمع ناقصه، پایتخت آن داکار است ۵- تعبیرات و شرح ها، پراکنده ۶- اصطلاحی برای قد کشیدن برنج هنگام پختن، پرگوشت و فربه، دام ۷- هنر، محصول کرم ابرشیم ۸ بخشایش ناتمام!، تظاهر به پاکدامنی و نیکوکاری، عامل موفقیت برای بعضی ها! ۹- امیدواری، سخن گفتن بی پرده، شکست خورده ۱۰- دستگاه سنجش شنوایی، نشانه ۱۱- شبیه نیست، هوس خانم حامله ۱۲- دست عرب، علامت جمع، هر ظرف تقریباً پر
عمودی:

۱- معلم ثانی ۲- خوب و پسندیده، واحد پول ژاپن، نو و تازه ۳- چرخ چاه، آمادگی زمین برای کشت و زرع ۴- از بناهای تاریخی در اصفهان اگر از انتها بخوانید، بیماری مسری خطرناک ۵- فلز سرخ، فرمان دار! ۶- واکنش عصبی غیرارادی، نوردهنده، نوعی پخت برای برنج ۷- فرمانده، بستن و دوختن ۸- عدم اجابت مزاج بدلیل سفتی و خشکی مدفوع، از دروس دبیرستان ۹- محله ای خوش و آب و هوا در

کنند. ممکن است قبل از حاملگی بیماری دستگاه گوارش وجود داشته باشد و با بروز حاملگی بدتر شود. بهمین دلیل زن باردار ممکن است علاوه بر رژیم غذایی، مجبور به مصرف دارو نیز باشد.

عود مکرر اختلالات دستگاه گوارش، منجر به اختلال در تغذیه مادر حامله شده و ممکن است منجر به سوء تغذیه و کاهش وزن مادر و در نهایت باعث کاهش رشد جنین شود.

در طی حاملگی بدلیل افزایش فشار داخل شکم و نیز یبوست که در حاملگی شایع می باشد ممکن است شقاق یا بواسیر ایجاد شود که باعث آزار زن حامله گردد. مصرف مایعات به مقدار کافی، مصرف میوه های ملین و یا روغن زیتون کمک به رفع یبوست و بهتر شدن علائم می کند ولی در اغلب اوقات نیاز به مصرف دارو وجود دارد.

داروهای ضد اختلالات دستگاه گوارش

در مواردیکه عفونت ها عامل بروز بیماری هستند درمان اصلی شامل برقراری تعادل آب و الکترولیت های بدن، بخصوص در کودکان و نوزادان می باشد. کنترل استفراغ با داروهای ضد استفراغ مناسب انجام می شود البته باید به خاطر داشت که اکثریت مسمومیت های عفونی، ویروسی هستند و آنتی بیوتیک مؤثر و فعال بر علیه ویروسها در دسترس نیست. در صورت وجود عامل میکروبی یا آمیبی درمان با آنتی بیوتیک انجام می شود. خوشبختانه اکثر آنتی بیوتیک های مصرفی برای زن حامله یا شیرده مشکل عمده ای ایجاد نمی کند و با توجه به اهمیت مسمومیت های باکتریایی یا عفونت های روده ای، می توان از آنها یا جانشین های مناسب استفاده کرد. ولی