

باروری و ناباروری

ویژه عمومی

- در لقاح خارج رحمی در محدوده زمان فشرده‌ای، نتیجه اقدام درمانی مشخص می‌شود.
- فیبروما شایعترین تومورهای خوش خیم لگنی می‌باشند.
- آیا مصرف قرص LD ارتباطی با مشکلات باروری بدنبال قطع قرص دارد؟
- آشنایی با زوجهای نابارور دیگر، ما را برای ادامه راه تشویق کرد.
- مردان نیز می‌توانند از مزایای ورزش کگل بهره بگیرند.
- پیشگویی سقط با استفاده از سونوگرافی از قلب جنین
- داروهای ضد هیستامین برای درمان خارش، در حاملگی و شیردهی



بنام آنکه هستی از اوست

در این شماره می‌خوانید:
 لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی» (۱۳)
 فیبروم یا میومهای رحمی
 ارتباط مصرف قرص LD و ناباروری
 خاطرات باروری
 مردان می‌توانند از ورزش کگل سود
 ببرند
 با سونوگرافی از قلب جنین می‌توان
 سقط را پیشگویی کرد
 داروهای ضدخارش در حاملگی و شیردهی (۳)

سر مقاله



لقاح خارج رحمی «باروری آزمایشگاهی»

(۱۳)

دکتر محمد مهدی آخوندی

IVF در مقایسه با امکان استفاده از روشهای درمانی ناباروری:

عقیده کلی بر این است که بهره‌گیری از هر نوع تکنولوژی قابل کاربرد در رفع مشکل ناباروری که نیاز به جراحی نداشته باشد و با ناراحتی و عوارض کمتری همراه باشد بر لقاح خارج رحمی (IVF) ترجیح دارد. در این ارتباط فاکتورهایی که باید در زمان تصمیم‌گیری جهت انجام لقاح خارج رحمی و یا روش‌های دیگر درمانی در نظر گرفت، از این قرارند:

۱- میزان موفقیت در بررسی‌های درمانی دیگر ۲- میزان مخارج و هزینه‌ها ۳- وسایل فیزیکی مورد استفاده ۴- سرمایه‌گذاری روحی ۵- علائم و نشانه‌های مربوط به تأثیرسن بر کیفیت و کمیت تخمک‌ها (که می‌تواند بر هر اقدامی پیشی گیرد) و آن زمان‌بندیست که فقدان عمر تخمدانهای زن قریب‌الوقوع باشد).

هنگام استفاده از روش‌های درمانی غیر از لقاح خارج رحمی مخصوصاً

جراحی، معمولاً به زن امید طولانی داده می‌شود که بایستی منتظر ترمیم و نتیجه عمل خود طی دو تا سه سال آینده باشد. و همیشه این امکان وجود دارد که زن در عرض مدت ۲۴ تا ۳۶ ماه پس از عمل جراحی، بارداری نشود. رسیدن تدریجی به عدم نتیجه‌بخش بودن عمل جراحی، امکان تعدیل وضعیت روحی - روانی زوج را در مقایسه با عمل لقاح خارج رحمی (IVF) آسانتر می‌نماید. در لقاح خارج رحمی در محدوده زمان فشرده تحریک تخمک‌گذاری، جمع‌آوری تخمک، باروری و انتقال طی حدود یک ماه درمان، نتیجه اقدام درمانی مشخص می‌شود و اگر پس از این مدت زوج باردار نشوند، بزودی درمی‌یابند که در ازای عمل انجام شده، هیچ چیز بدست نیآورده‌اند، لذا صدمات روحی و روانی ناشی از عدم نتیجه در IVF، بسیار زیادتر خواهد بود. این صدمات بسیار ناگهانی است و ممکن است که عوارض جبران ناپذیری را بر روحیات زوج باقی گذارد.

هر نوع تکنولوژی قابل کاربرد در رفع مشکل ناباروری که نیاز به جراحی نداشته باشد و با ناراحتی و عوارض کمتری همراه باشد بر لقاح خارج رحمی (IVF) ترجیح دارد.

در این ارتباط ممکن است که زوج تصور کنند استفاده از روشهای درمانی دیگر که زمان طولانی‌تری از انتظار را بخود اختصاص می‌دهد، ممکن است انتخاب مناسب‌تری برای آنها قبل از انتخاب درمان لقاح خارج رحمی باشد. اگرچه ممکن است که انتخاب روش درمانی لقاح خارج رحمی (همانگونه که قبلاً توضیح داده شد)، از هر انتخاب دیگری مفیدتر و مناسب‌تر باشد.

شاهد مثال این موارد وصف زوجی است که در نیمه چهل سالگی زن، توصیف خود را از عدم موفقیت در حاملگی با استفاده از روش‌های دیگر بیان نموده و چگونگی سوق داده شدن نهایی خود به استفاده موفق از لقاح خارج رحمی را ذکر می‌نمایند.

در لقاح خارج رحمی در محدوده زمان فشرده تحریک تخمک‌گذاری، جمع‌آوری تخمک، باروری و انتقال، طی حدود یک ماه درمان نتیجه اقدام درمانی مشخص می‌شود.

شوهر: زمانیکه تصمیم به داشتن فرزند گرفتیم، حدود بیست و پنج سال پیش بود. در آن زمان هیچگونه امکانی بنام IVF در دسترس نبود. همه روش‌های ممکن که برای باروری پیشنهاد شد، انجام دادیم. در این بین گاهی بیحوصله شده و درمان را رها می‌کردیم. اگر چه مجدداً پس از چندی اقدام می‌نمودیم و در این راه یأس و ناامیدی بسیار حاصل شد.

زن: اگر بخاطر اصرار همسر من نبود، من دیگر هیچگونه تصمیمی به استفاده از IVF در ده سال پیش نداشتیم و از بسیاری از این بررسی‌ها و پی‌گیرهای بی‌حاصل و بی‌نتیجه، خسته شده بودم. ولی همسر من می‌گفت که اگر تلاش نکنی چیزی بدست نمی‌آوری. برای من از نظر روحی بسیار سخت و ناگوار بود که پس از پانزده سال تلاش، مجدداً IVF را بعنوان راه درمانی انتخاب کنم و در این مسیر امیدهای قبلی را زنده نموده و دوباره آن را مشتعل سازم. در حال حاضر بسیار خوشحالم که این راه را قبول کردم و در حال حاضر دختر ده‌ساله‌ای دارم که زندگی ما را بطور اعجاز‌آفرینی تغییر داده است.

پایان

خونریزیها ممکن است باعث کم‌خونی شوند. فیبروم بدلیل افزایش اندازه رحم باعث ایجاد سنگینی و درد در ناحیه لگن شده یا بر روی مثانه فشار آورده و باعث تکرر ادرار می‌شود.

عوارض فیبروم چیست؟

فیبرومها بدلیل ایجاد تغییر شکل و نامنظمی در رحم ممکن است باعث ناباروری، سقط مکرر و یا مشکلات در حین بارداری مثل زایمان زودرس و مشکلات زایمانی شوند. کم‌خونی بدلیل خونریزیهای شدید فیبروم از عوارض دیگر فیبرومها می‌باشد.

فیبرومها شایعترین تومورهای لگنی در زنان هستند و در ۲۵-۲۰٪ زنان در سالیهای باروری ایجاد می‌شوند.

تشخیص فیبروم

فیبرومها اغلب در حین معاینه، بدلیل بزرگتر شدن و سفت شدن رحم قابل تشخیص هستند. در موارد فیبرومهای بسیار بزرگ، شکم بزرگ شده و به آسانی از روی شکم قابل لمس هستند. متداولترین روش برای اطمینان از تشخیص، سونوگرافی است. در سونوگرافی رحم بزرگتر از حد طبیعی با حدود نامنظم دیده می‌شود. تعداد فیبرومها، ابعاد و محل آنها نیز در سونوگرافی قابل بررسی است. سونوگرافی واژینال برای ارزیابی تغییرات حفره رحم توسط فیبروم زیر مخاطی دقت بیشتری دارد.

ولی در مواردیکه فیبرومها بزرگ باشند بطوریکه باعث بزرگی واضح رحم نشده و رحم از حفره لگن خارج شده باشد سونوگرافی شکمی ارجح است. در مواردی که فیبروم زیرمخاطی وجود داشته باشد از هیستروسکوپی (دیدن رحم توسط وسیلهٔ تلسکوپ مانند) هم برای

هورمون استروژن باعث افزایش رشد فیبروم میشود. به همین دلیل است که در سالیهای باروری که سیکلهای قاعدگی وجود دارد فیبروم دیده می‌شود و در موارد یائسگی که تولید استروژن متوقف می‌شود رشدشان قطع میشود. فیبرومهای رحم بسته به محلشان تقسیم‌بندی میشوند.

۱- فیبرومهای زیر سروزی که درست در زیر سروز رحم جای می‌گیرند و به صورت یک برجستگی در خارج از رحم خود را نشان می‌دهند و باعث نامنظم شدن شکل رحم می‌شوند.

۲- فیبرومهای داخل جداری، در لایهٔ ضخیم عضله رحم جای می‌گیرند.

۳- فیبرومهای زیر مخاطی، درست در زیر مخاط رحم جای دارند و به داخل حفره رحم برجسته می‌شوند.

علائم فیبروم چیست؟

حدود ۵۰٪ خانمهایی که فیبروم دارند از علائم آن شکایت دارند این بدان معنی است که حدود ۵۰٪ خانمهایی که فیبروم دارند، شکایت خاصی ندارند.

دو شکایت شایع مربوط به فیبروم، خون ریزی غیرطبیعی و احساس فشار و درد در لگن است.

فیبرومها ممکن است باعث افزایش مدت یا مقدار خونریزی قاعدگی شوند. فیبرومهای زیر مخاطی معمولاً بیشتر با این علائم همراه هستند. این

سیری در دنیای علم



فیبروم یا میومهای رحمی

دکتر افسانه محمدزاده

متخصص زنان و زایمان

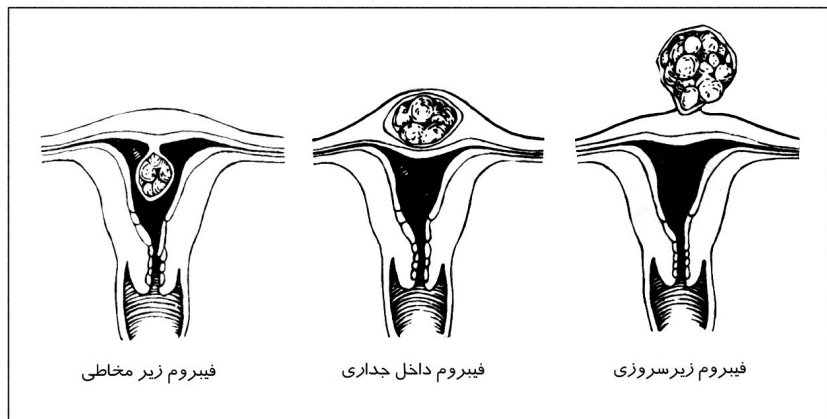
عضو هیات علمی پژوهشکده ابن‌سینا

آیا شما تاکنون نام فیبروم را شنیده‌اید؟ ممکن است شما یا یکی از بستگانتان به پزشک مراجعه کرده باشید و پزشک گفته باشد که فیبروم دارید. شنیدن این جمله اغلب باعث ایجاد نگرانی و اضطراب میشود و سؤالات متعددی پرسیده می‌شود مثل: فیبروم چیست؟ چه علائمی دارد؟ چه عوارضی دارد؟ برای درمان باید چه کرد؟

اگر شما نیز چنین سؤالاتی در ذهن دارید خواندن مطالب زیر به شما در یافتن پاسخ به پرسشهای فوق کمک می‌کند.

فیبروم چیست؟

فیبروم یا لیومیوم یا میوم، تومور (غده) هائی خوشخیم با حدود مشخص هستند که از عضلهٔ صاف رحم منشأ می‌گیرند. فیبرومها شایعترین تومورهای لگنی در زنان هستند و در ۲۵-۲۰٪ زنان در سالیهای باروری ایجاد می‌شوند.



فیبروم زیر مخاطی

فیبروم داخل جداری

فیبروم زیر سروزی

بی نتیجه بوده است. آیا استفاده از قرصهای ضدبارداری مرا دچار این مشکل کرده است؟ خواهش می‌کنم مرا راهنمایی کنید.

جواب: قرص LD حاوی هورمون استروژن و پروژسترون است و با مهار فعالیت تخمدان، مانع آزاد شدن تخمک و در نتیجه باروری می‌شود. دوز هورمونهای موجود در قرص LD کم است لذا عارضه جدی روی سیکل‌های قاعدگی ایجاد نمی‌کند و پس از حدود ۲ ماه از قطع قرص، سیکل‌ها به نظم قبلی برمی‌گردند. قرص‌های LD با جلوگیری از تشکیل کیست‌های تخمدان و یا رشد اندومتریوز اثر مثبت و مهم روی حفظ باروری دارند. بنابراین تاکنون ثابت نشده است که مصرف قرص جلوگیری LD بخصوص به مدت یکسال باعث ناباروری شود. در مواردیکه پس از قطع قرص LD قاعدگیها نامرتب می‌شود یا باروری به تاخیر می‌افتد، معمولاً علت زمینه‌ای دیگری وجود دارد که باید بررسی شود. و علت مصرف LD نیست و در واقع حتی اگر از قرص LD هم استفاده نمی‌شد، باروری دچار اشکال بود.

خطرات باروری



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

من و شوهرم حدود ۱۲ سال پیش ازدواج کردیم. مثل تمام زوجها، ما نیز آرزو داشتیم که روزی بچه‌دار شویم. دو سال بعد از ازدواج، زمانیکه از هر نظر برای بچه‌دار شدن آمادگی داشتیم تصمیم گرفتیم

می‌شود. این دارو بدلیل کاهش هورمون استروژن (هورمون استروژن باعث رشد فیبروم می‌شود) باعث جلوگیری از رشد فیبروم و نیز چروکیده و کوچکتر شدن آن می‌شود. در طی مدت مصرف این آمپولها، سیکل‌های ماهیانه قطع می‌شود و بیمار دچار آمنوره (فقدان قاعدگی) می‌شود. متأسفانه بدنبال قطع این دارو، در اکثر موارد رشد مجدد فیبروم شروع می‌شود و بعد از چندماه فیبروم دوباره به اندازه قبلی خود برمی‌گردد.

سایر داروهای مورد استفاده، دانازول و مدروکسی پروژسترون هستند که این داروها نیز با مکانیسم کاهش استروژن خون مانع افزایش اندازه فیبروم می‌شوند. با قطع این درمانها نیز رشد فیبروم مجدداً از سر گرفته می‌شود.

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: مدت سه سال است ازدواج کرده‌ام. سال اول زندگی بدلیل اینکه برای بچه‌دار شدن آمادگی نداشتم با استفاده از قرص LD از حاملگی جلوگیری کردم ولی متأسفانه بعد از قطع قرص چندماهی دچار قطع قاعدگی شدم و بعد از آن هم سیکل‌های قاعدگی من نامنظم شد؛ از طرف دیگر یک سال و نیم است برای بارداری تلاش می‌کنم ولی

تشخیص دقیق‌تر و هم برای درمان استفاده می‌شود.

درمان فیبروم چیست؟

روش درمانی اصلی در بیماران مبتلا به فیبرومهای بزرگ یا علامت‌دار روش جراحی است.

در صورتیکه بیمار بچه نداشته باشد و یا تمایل دارد در آینده باردار شود؛ از روش میومکتومی (برداشتن فیبروم یا میوم) استفاده می‌شود.

دو روش جراحی برای این منظور بکار می‌رود. هیستریکتومی یا رحم برداری که رایجترین روش جراحی و درمان قطعی فیبروم می‌باشد و بیشتر در مواردی بکار می‌رود که بیمار تمایلی برای بارداری در آینده نداشته باشد.

در صورتیکه بیمار بچه نداشته باشد و یا تمایل دارد در آینده باردار شود؛ از روش میومکتومی (برداشتن فیبروم یا میوم) استفاده می‌شود. ولی این نکته را باید بخاطر داشت که در حین این عمل ممکن است تمام فیبرومها با عمل جراحی خارج نشود و یا احتمال عود مجدد فیبروم وجود دارد که ممکن است عمل جراحی دومی نیز لازم شود.

آیا برای درمان فیبروم، داروئی نیز وجود دارد؟

درمانهای داروئی بیشتر برای جلوگیری از رشد فیبروم بکار می‌روند و باعث درمان قطعی بیماری نمی‌شوند. در بعضی موارد این درمانها را برای کوچکترکردن فیبروم قبل از عمل جراحی بکار می‌برند تا عمل جراحی راحت‌تر شود.

مهمترین داروی مورد استفاده، آگونیست GnRh یا دکاپیتیل است که بصورت آمپول وجود دارد و هر ۴ هفته یک بار به روش عضلانی تزریق

ضمن تلاش برای بچه‌دار شدن بچه‌ای را نیز به فرزند قبول کرده بودند. آشنایی با زوجهای نابارور دیگر و صحبت با آنها کاملاً روحیه ما را تغییر داده بود؛ بخصوص وقتی فهمیدیم که فقط ما نیستیم که این مشکل را داریم.

تا قبل از آشنایی با زوجهای دیگر چون در خانواده دور و نزدیک من و شوهرم اصلاً زوج ناباروری نبود؛ صحبت در این باره در میان فامیل برای ما خیلی مشکل بود و از طرف دیگر افراد فامیل چون با این مشکل روبرو نبودند نمی‌توانستند شرایط ما را درک کنند و این مسئله نیز مزید علت شده بود. پس از آشنایی با زوجهای نابارور دیگر، ما بهتر با مشکل خود کنار آمدیم و خیلی راحتتر توانستیم برای حل آن قدم برداریم.



پزشکان مرکز درمانی، پس از معاینه و بررسی نتایج آزمایشات گذشته و جدیدی که در مرکز برایم انجام شده بود، انجام IUI را پیشنهاد کردند. سه بار IUI طی سه دوره متوالی نیز، بی‌نتیجه بود. پس از آن کاندید IVF شدم. اولین IVF نیز با تمام امید و انتظار موفقیت، بی‌نتیجه بود. پس از آن یک ماه تحت درمان دارویی قرار گرفتم و ماه بعد دوباره برای IVF آماده شدم. با وجود اینکه تعداد فولیکولهای جمع‌آوری شده نسبت به قبل بیشتر بود و جنینهای حاصل نیز کیفیت بهتری داشتند ولی این IVF نیز نتیجه‌ای به دنبال نداشت.

هیچ مشکل پزشکی نداشتیم در انتظار این بودم که بطور طبیعی حامله شوم.

ماهها یکی پس از دیگری می‌آمد و می‌رفت و هر زمان که پریودم آغاز می‌شد شروع پریود با اشک و گریه من همراه بود. و همچنان پیش خودم فکر می‌کردم که آیا من و شوهرم لایق بچه‌دار شدن نیستیم؟ آیا ما نمی‌توانیم پدر و مادر لایقی باشیم که بچه‌دار نمی‌شویم؟ به هیچ عنوان نمی‌توانستم قبول کنم که ما یک زوج نابارور هستیم. ۵ سال از ازدواج ما می‌گذشت در روز اول سال نو وقتی همه خانواده شوهرم در منزل پدر شوهرم جمع بودند با خبر شدیم که همسر برادر شوهرم حامله است این خبر برای خانواده شوهرم خیلی مسرت‌بخش بود چون آنها نوه‌ای نداشتند و فرزند آنها اولین نوه آنها محسوب میشد. من و شوهرم از یک طرف از این خبر خیلی خوشحال شدیم چرا که پدر و مادر شوهرم بی‌صبرانه در انتظار دیدار نوه‌اشان بودند و از طرف دیگر برای خودمان متأثر شدیم چون شوهرم فرزند اول خانواده بود و زودتر ازدواج کرده بود و اولین نوه می‌بایست فرزند ما باشد. در پایان تابستان همان سال فرزند برادر شوهرم بدنیا آمد. با دیدن فرزند او تشویق شدم که دوباره تلاشم را برای بچه‌دار شدن آغاز کنم. فردای همان روز به پزشک متخصصی که درمانش را نیمه تمام رها کرده بودم؛ مراجعه کردم. او مرا به یک مرکز درمان ناباروری معرفی کرد. در آن مرکز علاوه بر فعالیتهای درمانی، کلاسهای مشاوره و جلسات آشنایی با سایر زوجهای نابارور نیز تشکیل می‌شد. در این کلاسها ما با زوجهای ناباروری آشنا شدیم که شاید ۱۰ تا ۱۵ سال از زمان شروع تلاش آنها برای بارداری می‌گذشت ولی هنوز امیدوار بودند و تلاش خود را دنبال می‌کردند. بعضی از آنها

بچه‌دار شویم. تقریباً بعد از دو سال که برای این منظور بطور طبیعی تلاش کردیم و نتیجه‌ای حاصل نشد به پزشک مراجعه کردیم تا ببینیم مشکل چیست.

نتیجه تمام آزمایشات من خوب بود آزمایش اسپرم شوهرم نیز مشکلی نداشت. برای اطمینان، آزمایشات دوباره تکرار شد که نتیجه آزمایشات مجدد نیز خوب بود. پزشک خانوادگی، ما را به یک پزشک متخصص زنان معرفی کرد. او پس از معاینه بالینی کامل و بررسی نتایج آزمایشات، عکس‌برداری از رحم را پیشنهاد کرد تا قبل از شروع هر درمانی از بازبودن لوله‌های رحمی اطمینان حاصل کند. نتیجه عکس‌برداری نیز خوب بود و هیچ مشکلی مشاهده نشد. پزشک متخصص مرا تحت درمان با کلومیفن قرار داد. برای سه ماه تحت این درمان بودم ولی چون بدنم نسبت به این دارو واکنش نشان داد ادامه درمان متوقف شد. مدت کوتاهی بعد از توقف درمان، یک مسافرت غیر منتظره خارج از کشور پیش آمد و من برای اینکه ناراحتی ناشی از ناموفق بودن درمان را فراموش کنم از این سفر استقبال کردم.

در طول سفر سعی کردم اصلاً به این مسئله فکر نکنم. من خیلی دوست داشتم بچه‌دار شوم و امیدوار بودم با آرامشی که در این سفر برای خود ایجاد می‌کنم از هر نظر برای حاملگی طبیعی آماده شوم. حتماً تا بحال شنیده‌اید که خیلی از خانمها وقتی از نظر روحی و روانی در شرایط مناسب قرار می‌گیرند درمان آنها موفقیت‌آمیز خواهد بود یا اگر از نظر پزشکی مشکلی نداشته‌اند بطور طبیعی حامله شده‌اند. به همین دلیل بعد از اینکه از سفر برگشتم دیگر به پزشک متخصص معالجم مراجعه نکردم و چون ظاهراً من و شوهرم

مشخص شد که آنها که تمرینات کگل را انجام می‌دادند زودتر به این توانایی رسیدند. پس از گذشت یک سال، ۸۲٪ بیماران کنترل ادرار را به بدست گرفتند (بدون توجه به انجام ورزش کگل).

علاوه بر جراحی پروستات، بزرگ شدن غده پروستات که با افزایش سن دیده می‌شود نیز سبب بروز بی‌اختیاری ادراری در مردان می‌گردد. محققین اثرات این ورزش را در سایر شرایط بررسی نکرده‌اند.

دانستنی های باروری



با سونوگرافی از قلب جنین می‌توان سقط را پیشگویی کرد

وقوع سقط در ۱۲ هفته اول حاملگی حادثه‌ای شایع است ولی تاکنون به درستی علت آن شناخته نشده است ولی بر اساس مطالعات جدید ممکن است برای آن توضیحی داشته باشیم.

با استفاده از تکنیک تصویربرداری که بررسی قلب جنین را برای محققین امکان‌پذیر کرده است مشخص شده که علت بسیاری از سقط‌های زودرس، مشکلات قلب جنین بدنال نارسایی احتقانی قلب، مشابه همان وضعیتی که در بزرگسالان دیده می‌شود، می‌باشد (بیش از ۲۰٪ از حاملگی‌ها، به سقط منتهی می‌شود).

دکتر جانسون بیرن‌هولز *Jonson Birnholz* رادیولوژیست و رئیس مشاورات سونوگرافی تشخیصی در Oak Brook می‌گوید: این وضعیت به راحتی با سونوگرافی داپلر (تکنیک تصویربرداری با استفاده از امواج صوتی) قابل تشخیص است.

اخبار علمی برگزیده



مردان نیز می‌توانند از ورزش کگل سود ببرند

مردان می‌توانند از مزایای ورزش کگل، ورزشی که خانمها پس از زایمان برای برقراری قدرت نگهداری ادرار انجام می‌دهند، سود ببرند. معمولاً به خانمها توصیه می‌شود جهت تقویت عضلات کف لگن و پیشگیری از مشکلاتی که بدنال زایمان کردن و یا بروز یائسگی ممکن است با آن مواجه شوند این نوع ورزش را انجام دهند. (این ورزش برای تقویت عضلات کف لگن سه تا چهار بار در روز انجام می‌شود که انجام آن هر زمان و در هر جایی و در هر حالتی ایستاده، نشسته و خوابیده امکان‌پذیر است).

برای انجام این ورزش شخص باید مثل زمانی که می‌خواهد جلوی ادرار کردن را بگیرد عضلات این ناحیه را منقبض کند و چند ثانیه بعد آزاد کند. این حالت بایستی ده الی بیست مرتبه پشت سرهم تکرار شود).

مطالعه‌ای در مرکز پزشکی در لوس‌آنجلس بر روی ۲۸ مردی که بعلت سرطان، غده پروستات آنها برداشته شده بود؛ انجام شد. از آنجا که پروستاتکتومی رادیکال سبب بروز مشکلاتی در کنترل ادرار در بیش از ۸۷٪ مردان می‌گردد، به نیمی از این افراد توصیه شده بود که تمرینات کگل را دوبار در روز پس از جراحی انجام دهند.

ابوسیف Aboseif مسئول این تیم تحقیقاتی می‌گوید بطور کلی ۶۶٪ از بیماران در هفته شانزدهم قادر به کنترل ادرار بودند با شمارش تعداد دفعات بی‌اختیاری در این افراد،

شاید اگر من در این جلسات و کلاسهای مرکز شرکت نمی‌کردم بعد از این همه شکست و ناکامی، دست از تلاش می‌کشیدم و بدون اینکه به مقصد برسیم مایوس از نیمه راه برمی‌گشتم؛ ولی من این کار را نکردم و با امید، به تلاش خود ادامه دادم و بعد از یکی دو ماه استراحت و تقویت روحی و جسمی، برای IVF سوم آماده شدم. در روز جمع‌آوری تخمک با کمال تعجب ۱۶ فولیکول حاصل شد که ۱۵ تای آنها بارور شدند و ۱۲ تا از جنینهای حاصل، قابل انتقال بودند. دو جنین منتقل شد و ۱۰ تای بقیه ذخیره گردید. از آنجاییکه ۱۰ جنین با کیفیت خوب ذخیره داشتم؛ در مورد نتیجه این انتقال اصلاً نگران نبودم. مدت انتظار برای آزمایش و جواب آزمایش با آرامش کامل گذشت. روز جواب آزمایش چون من فرصت نداشتم به آزمایشگاه بروم قرار شد شوهرم از سرکار که بر می‌گردد جواب آزمایش را بگیرد. شب شوهرم با چهره‌ای بشاش و گل و شیرینی به خانه آمد. دیگر نیازی نبود جواب آزمایش را ببینم؛ چهره شوهرم خبر از به نتیجه رسیدن تلاش ۸ ساله ما میداد.

با اولین سونوگرافی متوجه شدیم که به لطف خداوند صاحب دو فرزند خواهیم شد. از این خبر ما خیلی خوشحال شدیم چون همیشه دوست داشتیم دوقلو داشته باشیم.

پسر و دخترم در کمال سلامت یک ماه زودتر از موقع تعیین شده بدنیا آمدند. در حال حاضر فرزندان سه ساله ما در صحت و سلامت کامل به سر می‌برند و هر روز که می‌گذرد من و شوهرم بیش از پیش خداوند را به خاطر این نعمت بزرگ و سایر نعمتهایش که به ما ارزانی داشته است شکر می‌کنیم.

تلاش به همراه توکل به خدا، امید به آینده و مایوس نشدن از شکست رمز موفقیت است.

نارسائی احتقانی قلب بوسیله عدم کفایت قلب در پمپ کردن خون از قلب مشخص می‌شود (آنچه باعث محرومیت ارگانها از دستیابی به اکسیژن می‌شود) و نهایتاً باعث تجمع مایع در ریه شده و تنفس را مشکل می‌سازد. دکتر بیرنهورز می‌گوید او با استفاده از سونوگرافی داپلر قادر است این مشکل را در جنین ده هفته تشخیص دهد. بر اساس بررسی‌های انجام شده با سونوگرافی داپلر، دکتر بیرنهورز می‌گوید ۹۸٪ از جنین‌هایی که از هفته ۶ تا ۱۰ حاملگی نارسائی احتقانی قلب داشتند بیش از ۱۶ هفته زنده نماندند. ۹۹٪ از این جنینها که در اولین بررسی شواهدی برای نارسائی احتقانی قلب نداشتند؛ تا سه‌ماهه دوم این شواهد در آنها بروز کرد.

در این مطالعه بعضی از این خانمها علائمی مثل خونریزی داشتند؛ بعضی سابقه سقط داشتند و در بعضی دیگر سونوگرافی بدلیل نگرانی مادران انجام شده بود.

در ۴۷۵ خانم، با اولین بررسی سونوگرافی، ضربان قلب جنین مشاهده نشد ولی شواهدی مبنی بر تجمع مایع مشاهده شد که می‌تواند دلیلی بر بیماری نارسائی احتقانی قلب باشد. بنابراین ممکن است مرگ این جنینها نیز بدلیل این نارسائی اتفاق افتاده باشد.

علاوه بر آن ۱۲۵ جنین که در اولین بررسی سونوگرافی ضربان قلب نداشتند و مرده گزارش شدند؛ علائم نارسائی احتقانی قلب داشتند. دکتر جولیا فیلدینگ *Julia Fielding* دانشیار دانشگاه کارولینا می‌گوید: از مدتها قبل ما می‌دانستیم که کندی ضربان قلب جنین علامت بدی است ولی علت آن را نمی‌دانستیم و تاکنون از داپلر برای این منظور استفاده نشده است. این یک روش جدید است ولی مشکل اینجاست که این تنها یک مطالعه، توسط یک محقق و در یک

مرکز است و لازم است که حداقل دو مطالعه دیگر در این زمینه انجام شود. البته این یک استفاده عالی از تکنولوژی است ولی ما نمی‌توانیم از این یافته‌ها عملاً استفاده کنیم.



اطلاعات دارویی داروهای ضد خارش در حاملگی و شیردهی (۳)

دکتر سهیلا عارفی

همانطور که اشاره شد ضدخارشها شامل کورتیکواستروئیدها، بی‌حس‌کننده‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها و نرم‌کننده‌ها می‌باشند که کورتیکواستروئیدها و بی‌حس‌کننده‌ها در شماره قبل شرح داده شد. در این شماره به شرح آنتی‌هیستامین‌ها و نرم‌کننده می‌پردازیم.

ضد هیستامین‌ها:

از این داروها، دیمن هیدرینات، دیفن هیدرامین، پرومتازین، ترفنادین و هیدروکسی‌زین را می‌توان نام برد.

دیمن هیدرینات:

این دارو به فرم قرص ۵۰ میلی گرمی موجود است که دارای آثار بارز آرام بخشی است. این دارو به خوبی از دستگاه گوارش جذب می‌شود و با داشتن متابولیسم کبدی در عرض ۲۴ ساعت دفع می‌شود.

این دارو در موارد تهوع و استفراغ، خارش شدید و آلرژی مصرف می‌شود. مصرف آن در زمان شیردهی توصیه نمی‌شود و در زمان بارداری باید با احتیاط مصرف شود. عوارض این دارو شبیه عوارض دیفن هیدرامین است که در ذیل توضیح داده می‌شود.

دیفن هیدرامین:

این دارو به عنوان داروی ضد حساسیت و آرام بخش استفاده می‌شود که به فرم قرصهای ۲۵ میلی گرمی موجود است. این دارو در وضعیت های آلرژیک شدید مثل کهیر، التهاب چشم، التهاب حساسیتی عروق، بیماریهای پوستی خارش دار و آنافیلاکسی (واکنش های حساسیتی) استفاده می‌شود. از عوارض این دارو خواب آلودگی، بی حالی، خشک شدن دهان، تاری دید، احتباس ادرار، تهوع و استفراغ و بی اشتها می‌باشد. تجویز این دارو در زنان شیرده توصیه نمی‌شود. در زمان بارداری فقط در صورت لزوم و با احتیاط استفاده می‌گردد.

پرومتازین:

این دارو علاوه بر اثر ضد خارش دارای اثرات ضد استفراغ، ضدسرگیجه و آرام بخش می‌باشد. به فرمهای قرص ۲۵ میلی گرمی، شربت و آمپولهای ۲-۱ میلی گرمی موجود می‌باشد.

پرومتازین از راه خوراکی و عضلانی جذب می‌شود. اوج غلظت آن ۲ تا ۳ ساعت پس از مصرف در خون ایجاد می‌شود. این دارو در موارد حساسیت و آلرژی به پرومتازین و در بیماران صرعی و یا در کسانی که از داروهای مضعف دستگاه عصبی مرکزی استفاده می‌کنند؛ نباید استفاده شود. عوارض جانبی این دارو عبارتند از: اختلالات خونی، اختلال کبدی، طپش قلب، تغییرات چشمی و واکنش‌های حساسیتی.

این دارو به راحتی در شیر مادر وارد می‌شود و مصرف آن در شیردهی توصیه نمی‌شود. همچنین مصرف پرومتازین دو هفته قبل از زایمان باعث اختلال عمل پلاکت نوزاد می‌شود لذا مصرف آن در مادران باردار باید با کنترل و احتیاط انجام شود. این دارو ممکن است از طریق

