

مستقیماً بر روی تخمدان‌ها اثر می‌گذارد و علاوه بر آن، hMG باعث جلوگیری از عمل استروژن و یا آنزیم‌های لایه سلولی فولیکول‌ها نمی‌شود.

اگر hMG به مقدار کافی و در زمان مناسب شروع سیکل قاعدگی تجویز گردد، باعث بلوغ تعداد بسیاری از فولیکول‌ها می‌شود. هرچند تعداد تخمک‌هایی که معمولاً از یک زن کمتر از چهل سال و با دو تخمدان، پس از تجویز hMG جمع‌آوری می‌شود تقریباً بین ۶ الی ۱۰ تخمک می‌باشد ولی جمع‌آوری تعداد بیش از ۵۰ تخمک نیز گزارش شده است.

از مشخصات بسیار عالی و بارز hMG، اثر مطمئن آن بر کنترل آزاد سازی تخمک‌ها است.

بدلیل اینکه امکان جذب خونی hMG از طریق دستگاه گوارش میسر نیست، این دارو بجای استفاده خوراکی، به صورت تزریقی تجویز می‌گردد. تزریق میزان معمول hMG از روز دوم الی سوم شروع و تا روز هشتم الی دوازدهم سیکل قاعدگی ادامه می‌یابد.

از مشخصات بسیار عالی و بارز hMG، اثر مطمئن آن بر کنترل آزاد سازی تخمک‌ها است. مهم این نیست که تا چه حدی زن تحریک تخمک‌گذاری شده است؛ آنچه مهم است این است که وقتی hMG تزریق می‌گردد، بندرت پیش‌آمده است که بخودی خود آزاد سازی تخمک را بهمراه داشته باشد و این تا زمانی است که hCG تزریق نشده است.

بنابراین اگر بهر دلیلی تشخیص داده شود که نیاز است تحریک تخمک‌گذاری متوقف شود بسادگی می‌توان با توقف تزریق hMG از تخمک‌گذاری جلوگیری کرد.

ادامه دارد

توسط ادرار دفع می‌شود لذا ادرار زن در زمان قاعدگی منبع بسیار خوبی از هورمون LH و FSH است. این ادرار با استفاده از فیلترهای خاص و با تخلیص LH و FSH بوسیله یک پروسه تجربه شده، برای ساخت آمپول hMG به کار می‌رود.

اگر hMG به مقدار کافی و در زمان مناسب شروع سیکل قاعدگی تجویز گردد، باعث بلوغ تعداد بسیاری از فولیکول‌ها می‌شود.

در حال حاضر هر یک از آمپول‌های hMG تقریباً ده هزار تومان فروخته می‌شود. متوسط تعداد آمپول مورد نیاز برای تحریک تخمک‌گذاری در یک سیکل IVF تقریباً ۳۰ آمپول و یا بیشتر می‌باشد. منافع بیشمار برای hMG (هیپوتالاموس-منوپوزال گونادوتروپین) که در بسیاری از مراکز ناباروری به صورت موفقیت‌آمیزی استفاده می‌شود، ذکر شده است.

بدلیل اینکه امکان جذب خونی hMG از طریق دستگاه گوارش میسر نیست، این دارو بجای استفاده خوراکی، به صورت تزریقی تجویز می‌گردد.

hMG بجای تحت تأثیر قرار دادن غده هیپوتالاموس و غده هیپوفیز برای تولید و آزاد نمودن مقادیر بیشتری از هورمون‌های LH و FSH که جهت تحریک و رشد تعداد بیشتری از فولیکول‌های تخمدان (مکانیسم تأثیر کلومیفن سیترا)،

بنام آنکه هستی از اوست

- در این شماره می‌خوانید:
- تحریک تخمک‌گذاری در لقاح خارج رحمی (۴)
 - سندرم داون
 - آیا درمان واریکوسل باعث بهبود نتیجه آزمایش منی می‌شود؟
 - ادامه داستان
 - ساکشن نوزاد در هنگام تولد باعث مشکلات بعدی کودک می‌شود
 - تأثیر زن در نیاز جنین به اسیدفولیک
 - داروهای تیروئید، حاملگی و شیردهی (۲)

سرمقاله



تحریک تخمک‌گذاری در لقاح خارج رحمی (۴)

دکتر محمدمهدی آخوندی

ادامه داروهای تحریک تخمک‌گذاری: Human Menopausal Gonadotropin (hMG)

داروی باروری hMG با نام‌های (پرگونال- مریونال و ...) شامل مقدار مساوی از گونادوتروپین‌های LH و FSH می‌باشد. این دارو به طور مستقیم از ادرار زن‌ها در زمان قاعدگی جمع‌آوری و تخلیص می‌گردد. دلیل استفاده از این ترکیب این است که غده هیپوفیز زن در حین قاعدگی و در پاسخ منفی (Negative Feedback) کاهش ترشح استروژن توسط تخمدان و در تلاشی برای تحریک مجدد تخمدان، هورمون‌های LH و FSH را ترشح می‌نماید. میزان اضافه این هورمون‌ها

جنسی مردان یا اسپرم‌ها هم حاوی ۲۳ کروموزوم می‌باشند که کروموزوم جنسی آنها می‌تواند یک کروموزوم X یا یک کروموزوم Y باشد. بر اثر پدیده عدم تفرق صحیح کروموزومی (Nondisjunction) امکان دارد که شماره صحیح کروموزوم‌های سلول‌های جنسی به جای اینکه ۲۳ عدد باشد بیشتر یا که کمتر شود یعنی گامت‌هایی داشته باشیم که ۲۴ یا ۲۲ کروموزومی هستند و چنانچه کروموزوم اضافی یک کروموزوم ۲۱ باشد در نتیجه در تلاقی با گامت سالم از والد دیگر تخمی تشکیل می‌شود که دارای ۴۷ کروموزوم و یک کروموزوم ۲۱ اضافی است، در صورتیکه این تخم شانس رشد و طی کردن دوره بارداری را داشته باشد کودک دنیا آمده مبتلا به سندرم داون یا تریزومی ۲۱ با فرمول کروموزومی $47/XX+21$ یا $47/XY+21$ خواهد بود. ۵۰٪ مبتلایان به سندرم داون از این دسته می‌باشند. علت اصلی پدیده عدم تفرق کروموزومی دقیقاً مشخص نیست ولی هر چه سن مادر در زمان حاملگی بیشتر باشد احتمال وقوع آن افزایش می‌یابد.

بر اثر پدیده عدم تفرق صحیح کروموزومی امکان دارد شماره صحیح کروموزوم‌های سلول‌های جنسی به جای اینکه ۲۳ عدد باشد بیشتر یا که کمتر شود.

علت ۲ الی ۴ درصد موارد سندرم داون به خاطر وقوع جابجایی روبرتسونی (Robertsonian Translocation) یا به اصطلاح وجود تریزومی غیرآزاد است. در این موارد در کروموزوم ۲۱ و یک کروموزوم دیگر که بیشتر مواقع کروموزوم ۱۴ است به طور جداگانه

مطرح گردید. بالاخره در سال ۱۹۵۹ Jermoe Lejeune & Patricia Jacobs که مستقل از یکدیگر کار می‌کردند پی به تریزومی ۲۱ (سه تایی بودن کروموزوم ۲۱) به عنوان عامل سندرم داون بردند.

سلول‌های انسانی به طور طبیعی دارای ۴۶ کروموزوم می‌باشند که به ۲۳ جفت دسته‌بندی می‌شوند.

کروموزوم‌ها اجسام نخی شکلی هستند که از DNA و پروتئین ساخته شده و در تمام سلول‌های بدن وجود دارند و اطلاعات ژنتیکی مورد نیاز جهت تکامل سلول‌ها را در خود جای داده‌اند.

سلول‌های انسانی به طور طبیعی دارای ۴۶ کروموزوم می‌باشند که به ۲۳ جفت دسته‌بندی می‌شوند. از این ۲۳ جفت ۲۲ جفت در افراد مذکر و مؤنث مشابه‌اند که به اتوزوم‌ها معروفند و جفت بیست و سوم که همان کروموزوم‌های جنسی هستند در زنان شامل دو کروموزوم X و در مردان شامل یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y می‌باشند. کلاً سلول‌های بدن به دو روش تقسیم می‌شوند یکی تقسیم میتوز که در آن از یک سلول دو سلول کاملاً مشابه بوجود می‌آید و موجبات رشد بدن را فراهم می‌کند به طوریکه از یک سلول ۴۶ کروموزومی دو سلول ۴۶ کروموزومی حاصل می‌شود و دیگری تقسیم میوز که در بافت بیضه و تخمدان روی می‌دهد و سلول‌های جنسی یا گامت‌ها بوجود می‌آیند. در حقیقت در این تقسیم ماده ژنتیکی به نصف کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر سلول‌های جنسی زنان یا تخمک‌ها حاوی ۲۳ کروموزوم هستند که تنها کروموزوم جنسی آنها فقط یک کروموزوم X است و سلول‌های

سیری در دنیای علم



سندرم داون (Down Syndrome)

فرح عزیزی
کارشناس ارشد ژنتیک

کلمه سندرم به معنای نشانگان می‌باشد؛ حالتی که در آن فرد مبتلا چندین نشانه یا علامت را که تقریباً همیشه با هم هستند نشان می‌دهد. سندرم داون اولین بار توسط پزشک انگلیسی John Langdon Down در سال ۱۸۹۹ شناسائی شد.

کروموزوم‌ها اجسام نخی شکلی هستند که از DNA و پروتئین ساخته شده و در تمام سلول‌های بدن وجود دارند و اطلاعات ژنتیکی مورد نیاز جهت تکامل سلول‌ها را در خود جای داده‌اند.

او در مقاله‌ای به بچه‌های عقب مانده ذهنی‌ای اشاره کرد که به لحاظ مشخصات ظاهری خاصی که آنها را از سایر عقب‌مانده‌ها متمایز می‌کرد نام مونگول به معنای مغول را برای آنها برگزیده بود. البته نام مونگول صرفاً به خاطر شباهت ظاهری آنها به مغول‌ها بود. در سال ۱۹۶۰ در پی اعتراض متخصصین ژنتیک آسیایی به خاطر تلقی شدن توهین به نژاد خاصی، این اصطلاح عملاً از کتب علمی حذف گردید.

در سال ۱۹۳۰ فرضیه کروموزومی بودن سندرم داون توسط بلایر و وردنبرگ Waardenberg & Bleyer

داشته باشد. واقعیت امر این است که تولد کودکی مبتلا به سندرم داون در خانواده‌های ایرانی به منزله یک رویداد غم‌انگیز است. در حال حاضر جهت کاهش فشار و استرس حاصل از پیش آمدن این وضعیت در کشورهای توسعه یافته، فعالیت‌های فرهنگی ارزشمندی صورت گرفته و می‌گیرد به طوریکه عده‌ای معتقدند وجود نوزادی که نیازمندی بیشتری به مراقبت دارد موجب نزدیکی بیشتر اعضای خانواده به یکدیگر میشود و ارتباط عاطفی و روانی بین آنها را افزایش می‌دهد.

توصیه می‌شود برای همه کودکان مبتلا به سندرم داون چه در مراکز بهداشتی دولتی و چه خصوصی شناسنامه بهداشتی تهیه شود.

در این رابطه به نظر می‌رسد که ضرورت دارد در کشور ما نیز در این خصوص آموزش‌های لازمه ارائه گردد و انجمنی نیز تحت عنوان انجمن سندرم داون ایران جهت کمک و یاری‌رسانی به این افراد و در خانواده‌هایشان تاسیس شود و در این میان از رسانه‌های جمعی نظیر تلویزیون و رادیو نیز استفاده شود.

محققین را به خود مشغول داشته و تا کنون صرفاً چند ژن در این راستا معرفی شده است. از علائم بالینی سندرم داون می‌توان به علائمی مثل هیپوتونی یا شلی عضلات، کوتاهی قد، پس سر صاف، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات قلبی، زبان بزرگ و شیاردار و بیرون زده و خطوط کف دستی خاص اشاره کرد. البته در موارد موزائیک شدت بیماری تا حدودی کمتر می‌باشد.

به نظر می‌رسد که علت اصلی سندرم داون وقوع پدیده عدم تفوق صحیح کروموزومی در طی میوزیک مادران می‌باشد که البته با افزایش سن مادر احتمال آن نیز بالاتر می‌رود. به نظر می‌رسد بهترین روش پیشگیری از بیماری سندرم داون آموزش خانواده‌ها برای بهره‌گیری از امکانات غربالگری نظیر تشخیص پیش از تولد (PGD) و نیز پرهیز از بارداری در سنین بالا باشد. اصولاً در تمام مراکز بهداشتی می‌توان با غربالگری بین هفته‌های ۱۲ و ۲۰ بارداری توسط متخصصین پریناتولوژی تا بیش از ۹۵٪ موارد ناهنجاری‌های جنینی را تشخیص داد و پس از مشورت با والدین اقدام به ختم یا ادامه آگاهانه بارداری نمود. این عمل به خصوص در رابطه با خانم‌های بالای ۳۳ سال ضروری می‌باشد.

نکته دیگر تهیه کاریوتیپ از والدین بچه‌های دارای تریزومی غیرآزاد یا همان جابجائی‌های روبرتسونینی است چرا که این افراد دارای خطر بالائی حدوداً ۱۷٪ برای انتقال عارضه به نسل بعد می‌باشند. همچنین توصیه می‌شود برای همه کودکان مبتلا به سندرم داون چه در مراکز بهداشتی دولتی و چه خصوصی شناسنامه بهداشتی تهیه شود تا که اولاً مسئولین، آمار دقیقی از این افراد داشته باشند و ثانیاً امکان پیگیری و انجام مطالعات بعدی روی آنها و خانواده‌هایشان وجود

شکستگی رخ می‌دهد و هر دو کروموزوم از نواحی دچار شکستگی، به یکدیگر می‌چسبند و تشکیل یک کروموزوم واحد را می‌دهند لذا با وجودیکه فرد دارای ۴۶ کروموزوم است لیکن عملاً سه تائی شدن تمام کروموزوم ۲۱ یا بخشی از آن (Partial Trisomy) اتفاق افتاده است و فرد مبتلا به سندرم داون با فرمول کروموزومی $46/XXorXY,t(14,21)$ می‌باشد؛ در اینگونه موارد یکی از والدین ترجیحاً مادر، دارای فرمول کروموزومی $45/XXorXY,t(14,21)$ است.

به نظر می‌رسد بهترین روش پیشگیری از بیماری سندرم داون آموزش خانواده‌ها برای بهره‌گیری از امکانات غربالگری نظیر تشخیص پیش از تولد (PGD) و نیز پرهیز از بارداری در سنین بالا باشد.

باقیمانده موارد تریزومی ۲۱ به شکل موزائیک (Mosaic) هستند. این افراد معمولاً دارای دودمان‌های سلولی ۴۷ و ۴۶ کروموزومی‌اند به طوریکه می‌توان فرمول کروموزومی آنها را به شکل $46/XXorXY/47XXorXY+21$ نشان داد.

مشخص شده است که منطقه خاصی روی کروموزوم ۲۱ که به ناحیه بحرانی (Critical Region) معروف است در بروز سندرم داون نقش اساسی ایفا می‌کند. به طور کلی کروموزوم ۲۱ تقریباً ۲۰۰ الی ۲۵۰ ژن دارد که حدوداً ۲۰ الی ۵۰ ژن این کروموزوم در ناحیه بحرانی سندرم داون قرار می‌گیرند؛ البته اینکه کدام ژن و یا ژن‌ها در بروز بیماری دخالت دارند پرسشی است که ذهن



دیگر وقت آن رسیده بود که خود را برای درمان داروئی آماده کنیم. پزشک معالج ما چون از آن دسته پزشک‌هایی نبود که ابتدا یک دوره درمان داروئی را تجربه کند سپس به بررسی‌های تکمیلی دیگر بپردازد لذا تمام آزمایشات و عکس‌برداری‌های لازم را درخواست کرد. ابتدا تمام آزمایشات درخواست شده، انجام گرفت که نتیجه همه آنها خوب بود.



سپس نوبت عکس‌برداری از رحم رسید. من فکر می‌کردم این روش نیز مانند سایر عکس‌برداری‌ها به راحتی انجام می‌گیرد لذا بدون هیچگونه اضطراب و استرس به رادیولوژی مراجعه کردم. در شروع کار فردی که مرا برای عکس‌برداری آماده می‌کرد مرتب می‌گفت سعی کنید راحت باشید؛ اضطراب نداشته باشید و ضمن انجام کار سعی کنید کاملاً ریلکس باشید و نفس عمیق بکشید. این توضیحات کمی برایم غیر معقول می‌آمد لذا توجه خاصی به آن نکردم. در هنگامی که اقدامات اولیه برای عکس‌برداری انجام می‌شد تازه متوجه شدم که این عکس‌برداری با بقیه عکس‌برداری‌ها فرق دارد. هنگام تزریق ماده حاجب درد شدیدی را احساس کردم که شاید تا به آن موقع چنین دردی را حس نکرده بودم. عکس‌برداری من نسبت به سایر افراد بیشتر به طول انجامید لذا بیشتر از بقیه مجبور به تحمل آن شرایط سخت شدم. وقتی جواب عکس را

اسپرم، بهبودی حرکت، شکل و تعداد اسپرم را نمایان می‌سازد.

خاطرات باروری



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

ادامه داستان شماره قبل

بعد از یکسال تلاش بدون نتیجه، برای روشن شدن علت ناباروری به پزشک مراجعه کردیم. پزشک بعد از یک معاینه بالینی و اطلاع از گذشته ما، یک سری آزمایشات اولیه درخواست کرد که بیشتر آن آزمایشات برای من بود. من و شوهرم تمام آزمایشات درخواست شده را انجام دادیم و با برگه جواب آنها مجدداً به پزشک مراجعه کردیم. پزشک معالج ما پس از بررسی نتیجه آزمایشات گفت: «خوشبختانه در نتیجه آزمایشات هیچ مشکلی به چشم نمی‌خورد و جواب همه آنها طبیعی است». او ضمن تجویز یکسری ویتامین به من و شوهرم پیشنهاد کرد بهتر است با آرامش خاطر ۶ ماه دیگر برای بچه‌دار شدن به طور طبیعی تلاش کنیم و چنانچه پس از گذشت شش ماه نتیجه‌ای حاصل نشد درمان داروئی مناسب آغاز گردد. او روش و زمان صحیح نزدیکی را برای ما شرح داد و ما را در این زمینه راهنمایی کرد. شش ماه بدون اینکه پایانی خوش به همراه داشته باشد گذشت؛ شش ماهی که شروع هر ماهش با امید و آرزو، میانه‌اش با انتظار و دلهره و پایانش با سرخوردگی و شکست همراه بود.

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: بدنبال یکسال تلاش بی‌نتیجه برای بارداری، جهت جویا شدن علت به پزشک مراجعه کردیم. بعد از معاینات اولیه و بررسی نتیجه آزمایشات، مشخص شد که شوهرم مشکل دارد لذا شوهرم به پزشک اورولوگ معرفی شد. پس از معایناتی که پزشک اورولوگ انجام داد مشخص شد که شوهرم واریکوسل دارد و باید عمل شود. من از خیلی‌ها شنیده‌ام که بعد از عمل بدتر شده‌اند، خواهشمند است مرا راهنمایی کنید.

جواب: واریکوسل در واقع گشاد و پرپیچ و خم شدن وریدهای تخلیه کننده بیضه‌ها می‌باشد که در ۱۵٪ موارد در جمعیت عمومی و در ۴۰٪ موارد در زوجین نابارور دیده می‌شود. واریکوسل می‌تواند حرکت، تعداد و شکل اسپرم را مختل نموده و حتی روی فاکتورهایی که به طور معمول در آزمایش منی اندازه‌گیری نمی‌شوند اثر بگذارد. در بررسی زوجین نابارور اگر با تشخیص بالینی پزشک اورولوگ، واریکوسل تشخیص داده شود باید عمل جراحی صورت پذیرد. در صورتیکه علت زنانه در ناباروری دخالت نداشته باشد در ۴۰٪ موارد بدنبال عمل جراحی واریکوسل، حاملگی صورت می‌گیرد و در ۷۰٪ موارد آزمایش

اخبار علمی برگزیده



ساکشن نوزاد تازه متولد شده با مشکلات بعدی نوزاد در ارتباط است

وقتی نوزاد متولد می‌شود بعضی مواقع نیاز است که گلو و معده نوزاد با ساکشن تمیز گردد. این عمل ممکن است به حساسیت بالا یا اختلالات عملکردی مناطق فوقانی دستگاه گوارش منتهی شود.

دکتر آناند Dr. K Anand از بیمارستان کودکان آلکانزاس Alkanzas و همکارانش در سوئد معتقد هستند که تحریکات آسیب‌آور در هنگام تولد ممکن است باعث افزایش خطر طولانی مدت اختلالات جسمی-ذهنی در زندگی آینده نوزادان گردد. این محققین گزارش تولد ۱۱۰۰ کودک را که مشکلات هنگام تولد یا حالت خفگی را تجربه کرده بودند؛ مورد بررسی قرار دادند و متوجه شدند که اختلالات عملکرد گوارشی در این کودکان نسبت به جمعیت عمومی، دفعات بیشتری رخ داده است. (۹/۵٪ در مقایسه با ۳/۴٪) در این تحقیق ۱۰۸ کودک که به دلیل اختلالات عملکرد گوارشی در بیمارستان بستری شده بودند با ۱۱۶ کودک بدون این علائم مقایسه شدند. در ۲۴ کودک از ۱۰۸ کودک با مشکلات گوارشی در هنگام تولد، عمل ساکشن معده صورت گرفته بود (۲۲/۲٪) و در میان گروه کنترل ۱۳ کودک تحت این عمل قرار گرفته بودند (۱۱/۲٪). در میان دو گروه اختلافی از نظر صدمات هنگام تولد و حالت خفگی وجود نداشت.

در مقایسه با گروه کنترل کودکانی که در هنگام تولد ساکشن معده شده‌اند در ادامه زندگی تقریباً سه

درد شدید تزریق ماده حاجب را برای عکس‌برداری تحمل می‌کردم به این موضوع فکر می‌کردم که من چقدر ناشکر بودم و نعمتی که خداوند رحمان بدون هیچ رنج و ملالی به من عطاء کرده بود چگونه با ناسپاسی از دست داده بودم. ولی افسوس خوردن فایده‌ای نداشت باید به لطف و مرحمت خداوند امید می‌بستم.

پس از سه مرتبه IUI ناموفق، سرانجام برای بهره‌گیری از روش لقاح خارج رحمی آماده شدم. طی یک ماه مصرف دارو و تزریقات مکرر و سونوگرافی‌های متعدد سرانجام لحظه جمع‌آوری تخمک و پس از آن انتقال جنین فرا رسید. بعد از خداوند، افرادی که این مسیر را طی کرده‌اند می‌دانند که در این مدت چه بر من گذشت. پس از انتقال جنین نوبت به استراحت با انتظار و دلهره رسید استراحتی که تحمل آن از انجام شاق‌ترین کارها نیز سخت‌تر بود. ولی متأسفانه بنایی که با یک دنیا انتظار، امید و آرزو ساخته شده بود با جواب منفی آزمایش یکباره فرو ریخت. طی این دو سال اخیر شکست‌های متعددی را تجربه کرده بودم ولی نمی‌دانم شکست اولین IVF چرا برایم قابل تحمل نبود. شاید دلیل اینکه فکر می‌کردم این آخر خط تلاش است و هر کس به این مرحله برسد حتماً نتیجه می‌گیرد و اگر نتیجه نگیرد دیگر هیچ آمیدی نیست.

با کوهی از افسردگی، دست از تلاش کشیدم. در حال حاضر سه ماه از آخرین تلاش بی‌نتیجه من می‌گذرد.

نمی‌دانم این ناکامی و محرومیت، تاوان ناسپاسی بی‌حد من بوده یا لیاقت مادر شدن را هنوز کسب نکردم؛ نمی‌دانم.



پایان

پیش پزشک خود بردم قبل از اینکه جواب عکس را بررسی کند گفتم: «دکتر تحت هیچ شرایطی هرگز حاضر نیستم این عکس‌برداری را دوباره تکرار کنم». پزشک معالجم خیلی دقیق عکس و نتایج عکس را مورد بررسی قرار داد و سپس به من گفت که متأسفانه یک تنگی و یک گرفتگی در لوله‌های شما مشاهده می‌شود که بایستی برای باز کردن آن اقدام کنیم. او گفت متأسفانه علیرغم میل شما بایستی مجدداً یک عکس‌برداری دیگر انجام شود. باورم نمی‌شد؛ حاضر بودم روزی ۱۰ تا آمپول بزمن ۵۰ تا قرص بخورم ولی یکبار هم این عکس‌برداری را انجام ندهم. ولی چاره‌ای نبود باید تسلیم می‌شدم.

عکس‌برداری دوم از اولی خیلی سخت‌تر بود و بیشتر اذیت شدم. عکس و جواب عکس دوم را نیز دکتر کاملاً دقیق بررسی کرد. پس از آن گفت: خوشبختانه با عبور ماده حاجب تنگی لوله کمی بر طرف شده است ولی ظاهراً برای انسداد لوله دیگر نیاز به یک جراحی کوچک است هرچند باز بودن یک لوله برای حاملگی کافی است ولی برای بالا بردن شانس حاملگی بهتر است برای رفع انسداد لوله دیگر نیز اقدام کنیم. پزشکم خیلی تمایل داشت تا حدامکان، شرایط حاملگی طبیعی فراهم شود و استفاده از روش‌های لقاح خارج رحمی را در خط آخر تلاش قرار دهد. با پیشنهاد دکتر و رضایت شوهرم برای عمل آماده شدم. عمل با موفقیت انجام شد و دکتر بمدت ۵ ماه دیگر مرا برای تلاش در جهت بارداری طبیعی تشویق کرد ولی متأسفانه این تلاش ۵ ماهه نیز نتیجه نداشت.

طی این یکسال که گذشت همیشه به این فکر می‌کردم که ناشکری غیر منصفانه من عامل این سختی‌ها و ناکامی‌ها بود. بخصوص زمانی که

التهاب تیروئید است می‌تواند باعث آزاد شدن تیروکسین ذخیره شده شود. برای پرکاری تیروئید سه نوع درمان وجود دارد:

۱- داروهای ضد تیروئید، ۲- ید رادیواکتیو، ۳- جراحی رایج‌ترین داروهای ضد تیروئید متی‌مازول و پروپیل تیواوراسیل می‌باشد.

متی‌مازول

متی‌مازول با جلوگیری از اتصال ید از ساخت هورمون‌های تیروئید جلوگیری می‌کند. متی‌مازول به سرعت از دستگاه گوارش جذب شده و غلظت پلاسمای آن در عرض ۲-۱ ساعت به اوج می‌رسد. این دارو در غده تیروئید تغلیظ می‌شود و مدت اثر آن بیش از آنکه به نیمه عمر پلاسمائی دارو بستگی داشته باشد به غلظت داخل تیروئیدی آن وابسته است و همین امر باعث طولانی شدن اثر دارو می‌شود. متابولیسم آن کبدی است و نیمه عمر آن ۶-۳ ساعت است. متی‌مازول برای بیمارانی که نسبت به آنها حساسیت داشته باشند منع مصرف دارد.

رایج‌ترین داروهای ضد تیروئید متی‌مازول و پروپیل تیواوراسیل می‌باشد.

این دارو می‌تواند عوارض خونی و کبدی بالقوه خطرناکی داشته باشد. لازم است در صورت بروز اولین علائم، تا زمان اطمینان از سلامت بیمار مصرف دارو قطع شود. متی‌مازول اثر داروهای ضد انعقاد را افزایش می‌دهد. شایع‌ترین عارضه آن تهوع و استفراغ، ناراحتی روده، سردرد، درد مفاصل، بثورات جلدی و خارش است و مهم‌ترین آنها کاهش گلبول سفید، کاهش پلاکت و کم خونی است.

ناهنجاری‌های لوله عصبی مثل اسپاینا بیفیدا، آنانسفالی و بسته نشدن لوله عصبی را کاهش می‌دهد.



داروهای تیروئید حاملگی و شیردهی (۲)

دکتر سهیلا عارفی

در شماره قبل کم کاری تیروئید و داروهای مربوطه مورد بحث قرار گرفت. در این شماره به بحث پیرامون پرکاری تیروئید و داروهای آن می‌پردازیم.

پرکاری تیروئید

در این بیماری (هیپرتیروئیدیسم) تیروئید بسیار فعال است و به میزان زیاد تیروکسین تولید می‌کند. این عارضه در زنان بیشتر از مردان بروز می‌کند. نشانه‌های آن شامل اضطراب، تپش قلب، کاهش وزن، افزایش اشتها، عدم تحمل گرما، اسهال و اختلالات قاعدگی است. شایع‌ترین شکل پرکاری تیروئید، بیماری گریوز است که یک بیماری خودایمنی است که بدن پادتن تولید می‌کند. این پادتن تیروئید را به تولید تیروکسین بیشتر وادار می‌کند. در این بیماران چشمها به طور غیرعادی بیرون می‌زند و پوست ساق پا ورم می‌کند. علت پرکاری تیروئید می‌تواند بر اثر تومور خوش‌خیم در تیروئید یا یک گواتر مولتی‌ندول از قبل باشد. در موارد نادر، تیروئید می‌تواند بر اثر یک عفونت ویروسی که به آن تیروئیدیت می‌گویند پرکار شود. این بیماری که

مرتبه بیشتر به اختلالات عملکرد گوارشی مبتلا شده‌اند (گزارش این تحقیق در مجله Pediatrics به چاپ رسیده است).

دانستی‌های باروری



تأثیر ژن در نیاز جنین به اسیدفولیک

طی یک مطالعه جدید ضرورت دریافت اسیدفولیک مکمل به منظور کاهش خطر ناهنجاری‌های مادرزادی جدی در نوزادان، در زنانیکه قصد دارند حامله شوند ثابت شده است. یک تیم از محققین آلمانی و آمریکایی پی‌برده‌اند که تقریباً نیمی از جمعیت، ژن مرتبط با افزایش خطر اسپاینا بیفیدا (یکی نشدن کامل قوس‌های مهره‌ها در خط وسط) و سایر نقص‌های لوله عصبی را به ارث می‌برند ولی دریافت روزانه حداقل ۴ میلی‌گرم اسیدفولیک یک ماه قبل از حاملگی و در اوایل حاملگی این خطر ژنتیکی را منتفی می‌کند و مانع از تأثیر این ژن بر لوله عصبی می‌گردد. بین هفته‌های سوم و چهارم زندگی جنینی انسان، لوله عصبی که بعدها به سمت تولید مغز و طناب نخاعی رشد خواهد کرد ساخته می‌شود. توصیه می‌شود زنانیکه قصد دارند حامله شوند تا هفته ۱۲ حاملگی اسیدفولیک را به صورت روزانه دریافت کنند زیرا برای انجام این فرآیند و تشکیل سلول‌های عصبی، فولات (فرم طبیعی اسیدفولیک) لازم است. اگرچه فاکتورهای ژنی و غیرژنی متفاوتی در بروز ناهنجاری‌های عصبی دخالت دارند ولی مصرف اسیدفولیک خطر

