

به نام آنکه هستی از اوست

سر مقاله



هچینگ آزمایشگاهی جنین (زونا هچینگ)

دکتر محمدمهدی آخوندی

متخصص باروری آزمایشگاهی

تخمک انسان بوسیله یک پوشش غیرسلولی بنام زوناپلوسیدا (ZP) پوشیده شده است. هیچگونه تغییری اساسی در زوناپلوسیدا در طول مدت آزاد شدن تخمک، باروری تخمک و مراحل اولیه رشد جنین حاصل نمیشود. و لذا زوناپلوسیدا بعنوان یک پوشش و محافظی برای تخمک آزاد شده از تخمدان و هچنین پس از باروری و تشکیل جنین، تا مرحله جایگزینی داخل رحم بشمار می آید.

قبل از اینکه جنین بداخل لایه
رحمی نفوذ نماید، باید از داخل
پوسته و لایه زوناپلوسیدا خارج
شود.

لازمه باروری تخمک، تماس و نفوذ اسپرم بداخل پوشش زوناپلوسیدا می باشد. اسپرم طبیعی حاوی مواد آنزیمی است که قادر است غشاء زوناپلوسیدا هضم و بدینوسیله اسپرم بداخل این پوشش نفوذ نموده و به داخل تخمک دسترسی پیدا کند. بمحض نفوذ اسپرم در تخمک، مسیر زونا پلوسیدا برای عبور اسپرم های دیگر مسدود میشود و در مقابل، همزمان با بارور شدن تخمک بوسیله اسپرم و شروع تقسیمات، زوناپلوسیدا شروع به نازک شدن مینماید. کشیده و نازک شدن زوناپلوسیدا فقط بواسطه افزایش تقسیمات و رشد جنین نیست، بلکه احتمالاً بواسطه آنزیمهای داخل جنینی برای هضم نمودن مقداری از زوناپلوسیدا است.

لانه گزینی جنین رشد یافته در دیواره رحم معمولاً پس از چند روز از انتقال

جنین ۲-۳ روزه به رحم صورت می پذیرد. لذا قبل از اینکه جنین بداخل لایه رحمی نفوذ نماید، باید از داخل پوسته و لایه زوناپلوسیدا خارج شود.

الف : مشخصه بیماران :
۱- زن دارای ۳۸ سال سن و یا مسنتر باشد.
۲- سابقه انتقال جنین و عدم حاملگی

شواهد اخیر نشان میدهد که عدم لانه گزینی جنین در برخی از موارد، بواسطه تأخیر یا عدم امکان خارج شدن جنین از داخل زوناپلوسیدا است. در اینگونه موارد، لانه گزینی جنین بوسیله ایجاد یک شکاف و یا سوراخ کوچک بر روی زوناپلوسیدا محقق میشود. پروسه ای که ۱- بوسیله آن یک سوراخ بر روی زوناپلوسیدای یک جنین رشد یافته ایجاد میشود، هچینگ آزمایشگاهی جنین و یا **زونا هچینگ** نامگذاری شده است.

اگرچه لازم به ذکر است که هچینگ آزمایشگاهی نباید بر روی هر جنین انجام شود. مطالعات نشان داده اند که وقتی هچینگ بر روی جنین های سالم انجام شود، شانس جایگزین شدن جنین را در داخل لایه رحمی کاهش میدهد. بنابراین هچینگ باید در موارد مشخص و انتخاب شده صورت پذیرد. در اینگونه موارد، فقط جنین های از پیش مشخص شده و بر اساس دستورالعمل مربوطه که توضیح داده می شود، جهت میکرومانیپولیشن انتخاب می شوند. این روش همچنین محدود به گروهی خاص از بیماران نابارور می باشد که مشخصات آنها در ذیل ارائه می شود:

مطالعات نشان داده اند که
وقتی هچینگ بر روی جنین های
سالم انجام شود، شانس جایگزین
شدن جنین را در داخل لایه رحمی
کاهش می هد.

باید توجه شود که هچینگ نباید بر روی هر جنینی انجام پذیرد. فقط جنین های با مشخصات فوق می توانند، کاندیدای مناسبی برای هچینگ باشند. شکل ذیل نشان دهنده پروسه هچینگ آزمایشگاهی است. تنها جنینهایی با ضخامت غیر طبیعی زوناپلوسیدا و با تعداد کم سلولهای

- موجود باشد .
- ۳- میزان FSH روز سوم بیشتر از ۱۵ باشد.
- ب: مشخصه جنین :
- ۱۷ میکرومتر باشد. ضخامت زوناپلوسیدا بیش از
- ۲- رشد جنینی در روز سوم کمتر از ۵ سلول باشد.
- ۳- میزان فراگمنتیشن در جنین بیش از ۲۰٪ باشد .

در مطالعاتی که توسط Westrom در سالهای ۱۹۸۰ صورت گرفت مشاهده شد که ۲۱٪ از زنانی که پس از اثبات عفونت لگنی تحت درمان قرار گرفته بودند پس از ۹ سال از درمان هنوز بدون فرزند بودند و ۱۸٪ نیز هنوز از دردهای لگنی رنج می بردند. خطر حاملگی خارج از رحم در این زنان ۵ برابر زنان عادی سالم بود. احتمال نازائی پس از ابتلاء به عفونت ها به سن بیمار، تعداد دفعات ابتلاء عفونت و شدت بیماری در زمان تشخیص و شروع آنتی بیوتیک بستگی دارد.

شناخت به موقع،

درمان و پیشگیری از عفونت های بعدی لگنی نیز بسیار مهم است زیرا با هر بار عفونت خطر انسداد لوله افزایش می یابد.

همچنین زنانی که به عفونت گنوکوکی (سوزاکی) لوله های رحم مبتلا می شوند از نظر آماری پس از درمان نتایج امیدوار کننده تری را از زنان مبتلا به عفونت غیر گنوکوکی نشان داده اند.

هرچه درمان آنتی بیوتیکی سریعتر شروع شود و پاسخ بالینی بیمار بهتر باشد خطر نازائی بعدی کمتر می شود.

تظاهرات گرفتاری با عوامل میکروبی مختلف متفاوت است. برای مثال عفونت اولیه با گنوکوک از نظر بالینی حاد و پرسروصدا است درحالی که التهاب لوله ای ناشی از کلامیدیا بطور تدریجی و با علائم خفیف تر پیشرفت می کند. سرویسیت (عفونت دهانه رحم) ناشی از کلامیدیا اغلب همراه با ترشحات واژینال بوده و در معاینه ترشحات چرکی، پرخونی و شکنندگی یا تمام این علائم را ممکن است بتوان دید.

باید بخاطر داشت که در تعداد زیادی از بیماران مبتلاء به عفونت دهانه رحم بیماری به نواحی فوقانی تر دستگاه تناسلی نیز انتشار می یابد.

علائم و شکایات بیماران:

بیماران ممکن است بی علامت باشند یا یک یا چند علامت از علائم زیر را داشته باشند.

- ترشح واژینال چرکی یا بدبو
- مقاربت دردناک
- دردهای منتشر شکمی و لگنی
- تهوع و استفراغ

بیماریهای حاد لگنی نقش دارند از قبیل:

- نیسر یا گنوره
- کلامیدیا تراکوماتیس
- بی هوازیها
- باسیلهای گرم منفی
- استرپتوکوکها
- میکوپلاسمها و ...

عامل اصلی ایجاد کننده عفونت و عوارض آن اغلب کلامیدیا است ولی بررسی های انجام شده توسط لاپاراسکوپی و کشت های انجام شده عوامل متعددی به عنوان عامل گرفتاری لوله های رحمی و حفره لگنی جدا شدند و براین اساس کلیه بیماران مبتلا به عفونت های لگنی باید از نظر بیماریهای متعدد قابل انتقال از راه تماس جنسی بررسی شوند. بیماری التهابی مزمن لگنی اغلب ناشی از مسکروب سل (میکوباکتریوم توبرکلوزیس) و یا کلامیدیا تراکوماتیس می باشد. هر ساله تقریباً ۱ میلیون ها زن در دنیا یک حمله (PID) علامتدار را تجربه می کنند ولی بسیاری از این بیماران بی علامت هستند یا علائم بسیار مختصری دارند.

رشد یافته جنینی و فراگمنتیشن بالاتر از ۲۰ درصد جهت هچنینگ زونا انتخاب و مورد استفاده قرار می گیرند. عمل هچنینگ آزمایشگاهی اینگونه جنین ها بادستگاه میکرواینجکشن و با استفاده از میکروسکوپ و پس از نگهداشتن جنین توسط یک پیپت نگهدارنده، بدو صورت (روش مکانیکی با استفاده از یک نیدل شیشه ای - روش شیمیائی با استفاده از محلول اسیدتایروز) قابل انجام است.

سیری در دنیای علم



بیماریهای التهابی لگن (Pelvic Inflammatory disease)

دکتر لیلی چمنی

متخصص بیماریهای عفونی

بیماری التهابی لگن (PID) یک عنوان کلی برای عفونتهای لوله های رحم و تخمدانها است که غالباً با درگیری بافتهای مجاور همراه است و می تواند بصورت حاد یا مزمن رخ دهد. این بیماری هنگامی رخ می دهد که ارگانایسم های بیماری زا دهانه رحم یا واژن خودرابه حفره رحمی یا لوله های رحم و ساختمانهای مجاور لگنی رسانیده و یک یا چند عارضه التهابی از جمله اندومترییت (التهاب حفره رحم)، سالانژییت (التهاب لوله های رحمی)، پریتونیت لگنی یا آبسه لوله ای - تخمدانی را ایجاد کنند.

عفونت لگنی در ناباروری یا باروری ناموفق نقش بسیار مهمی دارند.

این بیماریها در ناباروری یا باروری ناموفق نقش بسیار مهمی دارند بطوریکه پس از یکبار ابتلا به عفونتهای لگنی خطر حاملگی خارج رحمی تا هفت برابر افزایش می یابد و ۱۳٪ بیماران نابارور می شوند. پس از دو بار ابتلاء، خطر ناباروری به ۲۵-۳۵٪ و پس از سه بار یا بیشتر ۵۰-۷۵٪ افزایش خواهد یافت و در صورت ابتلاء به آبسه های لوله ای - تخمدانی فقط ۷-۱۴٪ بیماران بارور خواهند شد.

تخریب لایه پوششی داخل لوله های رحمی (اپیتلیوم) توسط عفونت ها یکی از مهمترین علل انسداد لوله ها می باشد که منجر به انسداد مجرای لوله رحم توسط بافتهای التهابی و چسبندگی چین ها می شود. شناخت به موقع، درمان و پیشگیری از عفونت های بعدی لگنی نیز بسیار مهم است زیرا با هر بار عفونت خطر انسداد افزایش می یابد. عوامل میکروبی متعددی در ایجاد

- خونریزیهای غیر طبیعی واژینال
- دردهای شکمی و لگنی پراکنده
- تب

عوامل مستعد کننده

- سن: سن رابطه معکوس با میزان ابتلاء به عفونت لگنی دارد یعنی در زنان ۱۲ الی ۱۹ ساله (PID) سه برابر بیشتر از زنان ۲۵ تا ۳۹ ساله تشخیص داده می شود.

- داشتن شرکاء جنسی متعدد

- تماسهای جنسی متعدد با یک شریک جنسی

- روشهای جلوگیری از بارداری: روشهای مکانیکی و شیمیایی با اثر

محافظت کننده از عفونتهای لگنی، روشهای خوراکی با اثرات متغیر

و جایگذاری IUD با افزایش مختصر خطر PID در ۴ ماه اول پس از جایگذاری IUD

همراه بوده اند.

- عفونت باکتریال واژن

- استفاده از روش واژینال

- قاعدگی

- مصرف سیگار و مواد مخدر

لگن در آنها اثبات شده است سابقه ای از PID را ذکر نمی کرده اند.

پس از یکبار ابتلاء به عفونتهای لگنی خطر حاملگی خارج رحمی تا هفت برابر افزایش می یابد و ۱۳٪ بیماران نابارور می شوند

به منظور تایید تشخیص می توان از سونوگرافی، سونوگرافی واژینال یا بیوپسی اندومتر استفاده نمود و افرادی که تظاهرات نامعمول دارند یا تشخیص های دیگری نیز برایشان مطرح است باید لاپاروسکوپی شوند.

درمان:

زنان باردار، نوجوانان، افراد بدحال، افرادی که به درمان سرپایی پاسخ مناسب نداده اند و افرادی که برایشان احتمال آبسه لگنی مطرح است بهتر است بستری شوند و در مورد سایرین می توان از درمان سرپایی زیر نظر پزشک استفاده نمود.

نکته مهم:

همسران زنان مبتلا به بیماری حاد التهابی لگن باید از نظر بیمارهای منتقله از راه تماس جنسی (STD) بررسی شده و یک دوره درمان موثر بر علیه کلامیدیا تراکوماتیس و نیسریاگنوره دریافت دارند.

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات ابهام در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی 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.

اگر تمام پارامترهای دیگر اسپرم طبیعی باشند فقط حجم آن کم باشد آیا این حالت غیرطبیعی است؟ چطور میتوان حجم آن را افزایش داد؟ آیا حجم اسپرم با کیست اپیدییدیم ارتباطی دارد؟ میزان طبیعی حجم اسپرم چقدر است؟

- بیشتر درمانها که جهت افزایش حجم اسپرم صورت میگیرد در افزایش میزان حاملگی تاثیر چندانی ندارد مگر اینکه مشکل وجود یک انسداد باشد که در این صورت اصلاح آن موفقیت آمیز خواهد بود. در مورد بافت کیستیک بهتر است که توسط یک پزشک متخصص مجاری ادراری و تناسلی ارزیابی شود.



تخمک پس از رهایی از تخمدان تا چه مدت قابلیت بارور شدن را حفظ میکند و اسپرم نیز تا چه مدت جهت نفوذ در تخمک ها فعال باقی می ماند؟

- گفته شده است که تخمک در حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت و اسپرم در حدود ۴۸ ساعت و حتی تا ۷۲ ساعت میتواند زنده باشند حتی در مورد اسپرم گفته شده است که تا ۶ تا ۷ روز هم زنده مانده است البته پر واضح است که این یک حالت استثناء میباشد و در این شرایط دیگر قابلیت باروری ندارد و در این صورت حاملگی صورت نخواهد گرفت.



مدت ۲ سال می باشد که من شوهرم جهت دومین بچه تلاش می کنیم من بیشتر آزمایشات را انجام دادم و یک دوره کلومیفن مصرف کرده ام (من مجبور بودم به دلائی درمان را متوقف کنم) و هنوز علت ناباروری من نامشخص است. من مایلم نظر شما را بدانم و از طرف دیگر دوست دارم بدانم که چطور با وجود ناباروری با علت نامشخص میتوانم موفق شوم. من احساس میکنم پزشک من در تشخیص عجله کرده است. من به آزمایشات پایه ای بیشتری نیاز دارم. آیا چنین نیست و در چنین شرایطی بهترین روش، درمانی کدام است؟

- بهترین پیشنهاد این است که شما تمام تاریخچه پزشکی گذشته تان را با دقت مرور نمائید. آزمایشات انجام شده و نتایج آن و جزئیات تمام معاینات فیزیکی و ...

بچه‌هایمان را به خانه ببرم. من حدود ۳۵ کیلوگرم وزن اضافه کرده بودم. در پایان هفته درجه حرارت بدنم شروع به بالا رفتن کرد و این علامتی بود از شروع عفونت؟! آنها برای مدت ۲ ساعت وضعیت بچه‌هایم را مرتب کنترل میکردند و هر ۲۰ دقیقه یکبار درجه حرارت بدنم را اندازه گیری میکردند. در این موقع پزشک به من گفت که دیگر بایستی بچه‌ها را به دنیا بیاوریم. آنها میخواستند خیلی سریع با تجویز دارو مراحل زایمان را شروع کنند. ولی من خواهش کردم که اگر ممکن است تا آمدن شوهرم صبر کنند.

پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقاتی 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 نمایم تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

در صبح روز هفته ۳۲ حاملگی در صندلی راحتی دراز کشیده بودم. شوهرم لباس پوشیده و آماده به طبقه پائین آمد. من از او خواستم که کمک کند تا بتوانم روی صندلی بنشینم. او بعد از کمک به من خانه را ترک کرد. پس از مدتی من بلند شدم تا دستگاه را دوباره روشن کنم ولی به محض اینکه روی پا ایستادم کیسه آبم پاره شد. بلافاصله به طرف تلفن رفتم و به شوهرم زنگ زدم. او در پائین خیابان برای خرید صبحانه ایستاده بود. بنابراین پس از چند دقیقه به خانه برگشت و ما بلافاصله عازم بیمارستان شدیم. ما هر دو انتظار داشتیم که طی ۲۴ ساعت آینده بچه‌هایمان متولد شوند ولی دردهای زایمان شروع نشده بود و پزشکان مایل بودند تا آنجا که امکان دارد زایمان را به تأخیر بیاورند. بنابراین من دوباره در بیمارستان بستری شدم. مدت یک هفته در بیمارستان بستری بودم. وقتی کیسه آب پاره میشود خطر عفونت بالا می‌رود و بدلیل جلوگیری از عفونت من اجازه نداشتیم از لباس زیر استفاده کنم و تنها از نوارهای بهداشتی ضد آب استفاده می‌کردم. در این یک هفته من مرتب آبریزش داشتم البته گاهی شدید و گاهی خفیف بود. از آنجا ئیکه مایع از دست رفته مرتب تجدید میشد مشکل از دست رفتن کامل مایع آمینوتیک مطرح نبود. بوسیله سونوگرافی مشخص شد که بچه‌هایمان بیش از ۲/۵ کیلوگرم وزن دارند. پرستار به من گفته بود که اگر بچه‌ها سالم باشند و حداقل ۱/۸۰۰ کیلوگرم وزن داشته باشند معمولاً اجازه می‌دهند که به خانه ببریم. باشنیدن این موضوع من کمی آرامش پیدا کردم چونکه می‌خواستم

بلافاصله به شوهرم که در محل کارش بود زنگ زدم و خواستم که به خانه برود و خانه را برای ورود ما آماده کند (چرا که ما دیگر داشتیم پدر و مادر میشدیم) و سریع به بیمارستان بیاید. ۲ ساعت طول کشید تا شوهرم آمد و آنها به محض رسیدن او خیلی سریع کار را شروع کردند (البته کمی عصبانی شده بودند). پزشکی که مراحل زایمانی مرا کنترل میکرد با معاینه داخلی متوجه شد که دهانه رحم من حدود ۳ سانتی متر باز شده است. آنها سه مانیتور به شکم من وصل کردند، برای هر بچه یکی و یکی هم برای اندازه گیری انقباضات رحمی. همچنین یک دستگاه فشار سنج برای کنترل فشار خون نیز به من وصل کردند و سپس تزریق داخلی وریدی دارو را شروع کردند. انقباضات رحمی بتدریج افزایش یافت و به جای یک احساس گرفتگی محض، احساس درد آغاز شد. یکی از پزشکان در مورد بی حسی موضعی جهت انجام زایمان بدون درد با من صحبت کرد و گفته بود که برای این منظور بایستی تا زمانیکه دهانه رحم شما

ناباروری با علت نامشخص ممکن است برحسب فاکتورهای مختلف که هر کدام شرایط خاص خود را دارند، تغییر کنند. نتایج درمان ممکن است متغیر باشد بنابراین برای مشاوره با پزشک خود یا فردی که در زمینه ناباروری تبحر دارد تماس بگیرید. توصیه میشود که تمام گزارشات پزشکی خود را همراه داشته باشید.



سیکل IVF با جنینهای فریز شده چیست و میزان موفقیت آن با سیکل IVF با جنینهای تازه چه فرقی دارد و معمولاً در این روش چند جنین منتقل میشود؟

در این سیکل از جنینهای ذوب شده‌ای که بعد از تخمک گذاری خود بخودی انتقال داده میشود استفاده میکنند. اگر تخمک گذاری رخ نداد معمولاً آستر رحم را به کمک استروژن خوراکی آماده میکنند. میزان موفقیت این روش چیزی کمتر از $\frac{1}{3}$ IVF با جنینهای تازه است و احتمالاً دلیل آن این است که در IVF با جنین تازه، بهترین جنینها انتقال داده میشوند. تعداد جنینهای قابل انتقال به تاریخچه شخصی و سن بیمار (یا سن خانم در زمان IVF) ارتباط دارد.

جدا از این شرایط معمولاً برای خانمهای زیر ۳۵ سال جهت انتقال ۴ الی ۵ جنین پیشنهاد میشود.



مشخص شده است که میزان قابل ملاحظه‌ای آنتی بادی آنتی اسپرم در سرودم اسپرمهای شوهرم وجود دارد. ما تا بحال سه بار IUI که همراه با هورمون درمانی و شستشوی اسپرم بود انجام دادیم که هر سه نا موفق بود و حال در نظر داریم که IVF و ICSI کنیم. آیا مرکز درمانی شما در رابطه با زوجهاییکه شرایط مشابه ما را دارند تجربه‌ای دارد. میزان موفقیت چه مقدار است و در ضمن آیا درمانی جهت بهتر شدن وضع اسپرم های شوهرم وجود دارد؟

در برخی از مراکز IVF را در مواردیکه حتی در اسپرم ۹۰٪ آنتی اسپرم یافت شده است و حتی زمانیکه چهار بار IUI شکست خورده هم انجام میدهند. شما هیچ درمان دیگری را برای این حالت اسپرم دنبال نکنید.

دانشنی های باروری



آزمایش و IVF

در سیکل IVF آزمایشاتی لازم است که قبل از شروع درمان بایستی انجام گیرد این آزمایشات عبارتند از:

آزمایشات مشترک:

ایدز و هپاتیت (آزمایش خون برای زوج بارور - زن و مرد) در صورت مثبت بودن آزمایش ایدز بایستی از ادامه سیکل IVF پرهیز نمود و در این شرایط اجازه انجام IVF داده نمی شود. برخی از کلینیک ها ممکن است در صورت مثبت بودن آزمایش هپاتیت بیماران اجازه شروع سیکل درمانی را با رعایت نکات ویژه بدهند. ولی به دلیل خطر آلودگی اجازه فریزکردن جنین ها داده نمی شود.

آزمایشات مخصوص خانمها:

پرولاکتین (آزمایش خون برای خانم) این آزمایش معمولاً در اول صبح انجام می گیرد در کلینیکها. سطح پرولاکتین خون بین صفر تا ۲۵ را مناسب می دانند سطح بالای پرولاکتین ممکن است در توانایی فرد برای تولید فولیکولها اختلال ایجاد کند. اگر سطح پرولاکتین بالا باشد می توان با مصرف داروهای مربوطه (بروموکریپتین) میزان آن را کنترل کرد.

داروهای سرکوب کننده در سیکل IVF به منظور اجازه رشد فولیکولها تا اندازه و تعداد مطلوب در هنگام جمع آوری تخمک داده میشود.

FSH (آزمایش خون برای خانم) این آزمایش بایستی در روز سوم قاعدگی انجام گیرد. سطح مطلوب FSH پائین تر از ۱۰ می باشد. FSH بالا می تواند علامتی از عدم قابلیت تخمک برای موفقیت در سیکل IVF باشد البته بعضی از خانمها با سطح FSH بالا هم ممکن است موفقیتی در سیکل IVF داشته باشند ولی میزان موفقیت آنها در مقایسه با خانمهایی که سطح FSH نرمال دارند خیلی کمتر می باشد.

سرخه: این آزمایش به دلیل جلوگیری از تولد بچه ناقص صورت می گیرد. چرا که اگر فرد حامله باشد و در معرض سرخه قرار گیرد خطر ناهنجاریهای جنینی بسیار بالا می رود. اگر خانمی آنتی بادی سرخه را نداشته باشد پیشنهاد می شود که حتماً قبل از اینکه تحت IVF قرار بگیرد نسبت به سرخه واکسینه شود و دو ماه بعد مجدداً چک گردد.

انتقال آزمایشی: در این آزمایش به منظور بررسی وضعیت رحم یک سوند باریک را وارد رحم کرده و عمق رحم را اندازه گیری می کنند. بدین ترتیب مشخص می شود که به چه صورت در انتقال اصلی سوند وارد رحم گردد.

هیستروسکوپی: با استفاده از یک تلسکوپ داخل رحم را مشاهده می کنند و سطح آن را از نظر زخم، پولیپ و فیبروئید که می توانند شانس موفقیت IVF را کاهش دهند مورد بررسی قرار می دهند.

سطح بالای پرولاکتین ممکن است در توانایی فرد برای تولید فولیکولها اختلال ایجاد کند.

آزمایشات مخصوص آقایان:

آزمایش منی: اغلب کلینیکهای ناباروری قبل از سیکل درمانی نمونه اسپرم شوهر را از نظر تعداد، کیفیت، تحرک، شکل و قابلیت حیات بررسی می کنند. بوسیله این آزمایش مشخص می شود که آیا اسپرم جهت IVF و یا ICSI مناسب است یا خیر؟



- مصرف داروهای سرکوب کننده و تخمک گذاری

- خیلی بعید است که همزمان با مصرف داروهای سرکوب کننده تخمکگذاری رخ دهد. داروهای سرکوب کننده معمولاً فرآیند تخمکگذاری را سرکوب میکند.

- وقتی فرد تحت داروهای تحریک کننده قرار دارد، ممکن است همراه با بزرگتر شدن تخمدان مقداری درد و ناراحتی احساس کند. این درد و ناراحتی معمولاً یک روز ادامه می یابد و سپس رفع میگردد و این درد دلیل بر این نیست که تخمک گذاری صورت گرفته، علل متعددی وجود دارد که باعث تغییر علائم

به حدود ۴ الی ۵ سانتی متر برسد صبر کنیم، چرا که تا آن موقع دردها خیلی زیاد نیست، ولی اگر مایل باشم بی حسی اپیدورال بگیرم بایستی همین الان به پرستار اعلام کنم.

بعد از ۲ ساعت دردهایم خیلی شدید شد و شوهرم از من سؤال کرد که چرا درخواست بی حسی اپیدورال نمیکنی؟ من جواب دادم: برای اینکه نمیخواهم آنها فکر کنند من آدم کم تحملی هستم. اما شوهرم به من قول داد که هیچ کس این فکر را نخواهد کرد. بنابراین من درخواست بی حسی اپیدورال کردم.

با معاینه داخلی مشخص شد که دهانه رحم من ۵ سانتی متر باز شده است. پس از معاینه، پزشک با یک پزشک متخصص بیهوشی تماس گرفت و بی حسی اپیدورال را شروع کرد. من فوراً احساس راحتی و آرامش کردم. درد از بین رفت و انقباضات دوباره بصورت یک حالت گرفتگی احساس شد. من از پزشک بیهوشی نامش را سؤال کردم و او با خنده جواب داد که بعد از تولد اولین بچه میگویم. چیزیکه من دوست نداشتم این بود که مجبور بودم سوند داشته باشم و من از این موضوع رنج میبردم. آنها به علت انجام بی حسی اپیدورال به من اجازه بلند شدن را نمی دادند و نمی توانستم به دستشویی بروم بنابراین همچنان در انتظار بودم. سر هر دو بچه پائین بود و به نظر میرسید که بایستی برای یک زایمان طبیعی آماده باشم بعد از دو ساعت انقباضات شدیدتر شد در این هنگام پزشک من دوباره یک معاینه داخلی دیگر انجام داد و ناگهان گفت که سر بچه حس میشود و دهانه رحم کاملاً باز شده است بلافاصله مرا به اتاق عمل بردند. در آنجا زایمان من بصورت طبیعی صورت گرفت

ادامه دارد ...

یکبار چه بیش از یکبار به هیچ وجه خطر لوسمی کودکان را افزایش نمی‌دهد. دکتر Estelle Naumbury از دانشگاه Uppsala و همکارانش در سوئد - ۶۵۲ کودک سوئدی که لوسمی در آنها تشخیص داده شده بود را بین سالهای ۱۹۷۳ تا ۱۹۸۹ با ۶۵۲ کودک هم سن

انجام سونوگرافی والدین در دوران بارداری به هیچ وجه در افزایش خطر لوسمی لنفاوی یا لوسمی مغز استخوان تأثیر نداشته است.

همجنس مورد مقایسه قرار دادند و گزارش کرده‌اند که انجام سونوگرافی والدین در دوران بارداری به هیچ وجه در افزایش خطر لوسمی لنفاوی یا لوسمی مغز استخوان تأثیر نداشته است.

از میان کودکانیکه لوسمی لنفاویک داشتند. ۲۰۰ مورد در مقایسه با ۲۱۴ مورد کنترل در دوران جنینی تحت سونوگرافی قرار گرفته‌اند. ۲۹۰ کودک با لوسمی مغز استخوان در مقایسه با ۲۷ مورد کنترل، سابقه سونوگرافی در دوران جنینی داشته‌اند. این نتایج با توجه به سن مادر و وزن بالای تولد و چند قلوئی فرق چندانی نداشت آزمایش سونوگرافی در نیمه دوم حاملگی با افزایش خفیف خطر لوسمی در ارتباط است ولی این افزایش از نظر آماری معنی دار نبوده است.



FSH کیفیت اسپرم را بهبود میبخشد
تجویز طولانی مدت FSH به مردانیکه اسپرم آنها از نظر شکل، تعداد و تحرک غیرطبیعی هستند. قبل از IVF میتواند میزان باروری را افزایش دهد.

به نظر میرسد که این اثر با اصلاح سلولهای اولیه سازنده اسپرم در ارتباط باشد. این محققین اثرات درمانی طولانی مدت با FSH را بر روی ساختمان میکروسکوپی اسپرم و میزان باروری آن مورد آزمایش قرار دادند تمام این بیماران مورد آزمایش حداقل یک سابقه IVF ناموفق داشته‌اند این افراد با یک تزریق روزانه ۷۵ یا ۱۵۰ واحد FSH بمدت ۶۰ روز تحت درمان قرار گرفتند و با گروه کنترل که هیچ دارویی مصرف نکردند مقایسه

IUD مسی و بازگشت قاعدگی در خانمهای مبتلا به آمنوره ثانویه

بر اساس گزارشی که در نشریه شماره ژانویه باروری و ناباروری آمریکا به چاپ رسیده است. قاعدگی طبیعی در خانمهای جوان که دچار آمنوره ثانویه شده‌اند خیلی سریع با گذاشتن IUD های مسی باز می‌گردد. و تا یک سال بعد از در آوردن IUD نیز ادامه می‌یابد. دکتر Fortunato و همکارانش از دانشگاه Ferrara در ایتالیا سعی کردند که به کمک IUD های مسی ۴۸ خانم که آمنوره ثانویه داشته‌اند را درمان کنند. این خانمها در گروه سنی ۲۵ سال بودند و دوره آمنوره آنها بین ۴ ماه تا بیش از ۱۰ سال بوده است.

در ۴ نفر از این ۴۸ خانم قاعدگی طبیعی چند هفته بعد از گذاشتن IUD به جریان افتاد. در تمام این خانمها جریان قاعدگی طبیعی تا زمانیکه IUD داشتند ادامه یافت (حداقل یکسال) و حدود ۲۳ تا ۲۸ خانم یکسال بعد از درآوردن نیز قاعدگی آنها ادامه یافت و ۲ نفر از اینها بعد از درآوردن IUD حامله شدند. ۱۲ بیمار دیگر بمدت ۲ سال IUD را نگه داشتند و تمام آنها دراینمدت نیز قاعدگی طبیعی داشتند.

در صد بالائی از خانمهاییکه که به درمان با IUD مسی جواب داده‌اند. خونریزی قاعدگی آنها کنترل شد به نظر میرسد این امر به علت آزاد شدن موادی بنام پروستاگلاندینها از مخاط رحمی می باشد که پس از رسیدن به تخمدانها باعث از بین رفتن جسم زرد می شود



لوسمی و سونوگرافی در دوران باروری
بر اساس مطالعات منتشر شده در نشریه شماره ژانویه در انگلیس انجام سونوگرافی در دوران قبل از تولد چه

و نشانه های تخمک گذاری میگردد از جمله سطح فعالیت فرد.

- در بیشتر پروتکل های درمانی IVF، مصرف داروهای سرکوب کننده تخمک گذاری ضمن مصرف داروهای تحریک کننده ادامه خواهد شد. اگر داروهای سرکوب کننده مصرف نشود ممکن است تخمک گذاری قبل از زمان مشخص شده برای جمع آوری تخمک صورت بگیرد. در یک سیکل IVF معمولاً بیمار را تحت داروهای سرکوب کننده نگه میدارند تا بتوان در زمان مناسب که فولیکولها از نظر اندازه و تعداد مطلوب هستند نشوند به جمع آوری تخمک اقدام کنند. اثرات جانبی این داروها در افراد مختلف متفاوت بروز میکند بعضی از افراد به این اثرات خیلی حساس هستند و بقیه ممکن است حساسیت کمتری داشته باشد. اثرات جانبی که میتوان به آن اشاره کرد عبارتند از نفخ شکم، تهوع، اسهال، افزایش وزن و چاقی.

اخبار علمی برگزیده



کاهش تولید مثل با دگرگونی جسمی که همزمان با شروع یائسگی رخ میدهد در ارتباط است.

سن متوسط یائسگی حدود ۵۱/۴ سالگی است. در حالیکه دوران باروری تا ۵ الی ۱۰ سال قبل از یائسگی می‌باشد. بعد از دهه سوم قدرت باروری سریعاً کاهش می‌یابد و سرعت تحلیل فولیکولها از سن ۲۷/۵ سالگی افزایش می‌یابد و کاهش قدرت باروری قبل از یائسگی سریعتر می‌شود.

این تغییرات در سیستم تولید مثلی ناشی از افزایش سطح FSH خون در اوایل مرحله فولیکولی یک سیکل منظم و کاهش سطح اینهیپین B در گردش خون می‌باشد. این افزایش سطح FSH، باعث افزایش سرعت تحلیل فولیکولها میگردد.

در قبل از یائسگی سطح هورمون استرادیول و اینهیپین A کاهش می‌یابد و سطح اینهیپین B همچنان پائین باقی می‌ماند و FSH بطور مشخص افزایش می‌یابد.



