



دی ماه

۱۳۹۳

مقدمه

بارداری و مادر شدن، برای زنان از پایه های تکاملی هستند و در فرهنگ ما شدیداً مورد تاکید قرار گرفته اند. اگر تلاش در جهت بچه دار شدن با شکست مواجه شود می تواند به تجربه احساسی مخربی تبدیل گردد. ناباروری به عدم وقوع بارداری با وجود ۱۲ ماه مقاربت صحیح بدون استفاده از روش های جلوگیری اطلاق می شود و نازایی نشان دهنده عدم توانایی زوج در باروری است

ناباروری هم بر زنان و هم بر مردان در همه ی کشورهای جهان تاثیر دارد. در واقع ناباروری اغلب اثرات ژرف در کوتاه مدت یا دراز مدت بر افراد درگیر با این مساله دارد و آنان را در معرض فشارهای خانوادگی و اجتماعی قرار می دهد. بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت بین ۸% تا ۱۲% کل زوج های جهان نوعی ناباروری در طول زندگی باروری خود تجربه می کنند، یعنی ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در جهان درگیر این مساله هستند. ناباروری نخست و اولیه به عنوان ناتوانی زن برای باردار شدن، به رغم قرار گرفتن بارداری به مدت يك سال تعريف شده است در حالی که ناباروری ثانویه به ناتوانی آن دسته از زنان اشاره دارد که قبلاً بارداری داشته اند

عمده موارد ناباروری اولیه و ثانویه از عواقب بیماری های مقاربتی درمان نشده (به ویژه سوزاک، بیماری التهابی لگن) یا عوارض پس از تولد يك بچه یا عواقب پس از سقط جنین غیر بهداشتی و غیر قانونی

است. در مورد ناباروري انجام مشاوره پزشکي و معاینات باليني بسيار کمک کننده است. معاینات اوليه پس از يك سال از مرد شروع مي شود زیرا در حدود نيمي از موارد نازايي مربوط به مردان است. از طرف ديگر بررسي هاي مربوط به زنان پيچده تر و پرهزينه تر مي باشد. در صورتي که مرد مشکلي نداشته باشد، بررسي هاي مربوط به زن انجام مي گيرد. از آنجايي که بررسي نازايي روند نسبتاً طولاني دارد بايد با حوصله پيگيري شود و مشارکت زوج در مشاوره هاي خانوادگي و ارائه اطلاعات صحيح در مورد آینده درمان از موارد مهم به شمار مي رود

امروزه با پيشرفت روش هاي جديد در درمان نازايي، حتي در مواردی که درمان مشکل به نظر مي رسد، زوجين داراي فرزند مي شوند

ASHERMAN SYNDROME

سندرم آشرمن

سندرم آشرمن یک بیماری اکتسابی و نادر است. این بیماری شامل چسبندگی‌های داخل رحم می‌باشد که معمولاً در نتیجه بارداری، زایمان، عفونت یا عمل جراحی زنان ایجاد می‌شود. شدت آن ممکن است خفیف یا گسترده باشد. در حالت خفیف فقط قسمتی از رحم دچار چسبندگی می‌شود و در حالت گسترده دیواره‌های قدامی و خلفی رحم به هم می‌چسبند. چسبندگی‌ها ممکن است ضخیم، نازک، پراکنده یا به هم متصل باشند.

سندرم آشرمن زمانی ایجاد می‌شود که ضربه‌ای به خطوط اندومتر آسیب دیده و در حال ترمیم وارد شود. این امر باعث اتصال نواحی آسیب دیده به یکدیگر می‌شود. چسبندگی داخل رحمی معمولاً به دنبال انجام دیلاتاسیون و کورتاژ ناشی از سقط ناکامل به وجود می‌آید. همچنین باقی ماندن جفت همراه یا بدون خونریزی بعد از زایمان یا سقط عمدی می‌تواند باعث ایجاد چسبندگی داخل رحمی شود. سندرم آشرمن ممکن است به دنبال اعمال جراحی مربوط به رحم مانند برداشتن فیبروم رحمی، اصلاح ناهنجاری‌های رحمی (دیواره بین رحمی، رحم دو شاخ) یا پس از سزارین ایجاد شود. در بعضی موارد عفونت‌های مربوط به

IUD

وسيله‌ای که به منظور پیشگیری از بارداری در رحم کار گذاشته می‌شود، سایر عفونت‌های مرتبط با رحم یا قرار دادن رادیوم در رحم به منظور درمان سرطان‌های رحمی نیز می‌توانند باعث ایجاد چسبندگی رحم (سندرم آشرمن) شوند. سندرم آشرمن با روش‌های تشخیصی معمول از جمله سونوگرافی قابل شناسایی نیست. تخمین زده می‌شود که در ۵ تا ۳۹ درصد از زنانی که سقط مجدد داشته‌اند و ۴۰ درصد از زنانی که به دلایلی تحت دیلاتاسیون و کورتاژ قرار گرفته‌اند، این عارضه به وجود می‌آید.

پیشگیری همیشه بهتر از درمان است. به منظور جلوگیری از ایجاد چسبندگی باید از وارد آمدن هر نوع تروما به رحم طی دوران بارداری و بعد از زایمان جلوگیری کرد. همچنین دستورالعمل‌های زیر باید رعایت شوند.

✓ از کورتاژ بعد از زایمان و بعد از سقط اجتناب شود

✓ در صورت انجام کورتاژ، این عمل به آرامی و ملایمت انجام شود

✓ روش مناسبی برای سقط انتخاب شود

Causes of Asherman syndrome

علل سندرم آشرمن

D&c	دیلاتاسیون کورتاژ
abortion	سقط
curettage	کورتاژ
endometriosis	آندومتریوز

Complication of Asher man syndrome عوارض سندرم آشرمن	
infertility	ناباروری
Pelvic infection	عفونت لگن
miscarriage	سقط

❖ REFERENCE

- ❖ Amenorrhea. (n.d.). Mayo Clinic. Retrieved July 9, 2012, from <http://www.mayoclinic.com/health/amenorrhea/DS00581>
- ❖ Amenorrhea. (n.d.) National Institute of Child Health & Human Development. Retrieved July 9, 2012, from <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/amenorrhea.cfm>
- ❖ Menstruation - Absent. (n.d.). National Library of Medicine – National Institutes of Health. Retrieved July 9, 2012, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003149.htm>

ENDOMETRIOSIS

آندومتریوز

رشد نابجای بافت رحم (آندومتریوز) وضعیتی است که بافتی مانند پوشش درونی رحم در جای دیگری از بدن پدید می‌آید. این بیماری باعث ۲۰ تا ۴۰ درصد نازایی‌هاست

بافت نابجای رحم در هر جایی از حفره‌ی لگنی ممکن است یافت شود: روی تخمدان‌ها، لوله‌های تخمک‌بر، روی رباط‌های رحم، دیواره‌ی پهلویی لگن، دیواره‌ی جداکننده‌ی مقعد و مهبل و جاهای دیگر. همچنین، ممکن است در زخم‌های پس از عمل سزارین، زخم‌های لاپاراسکوپی یا لاپاروتومی، روی مثانه، در شکم، روی روده‌ی کوچک و بزرگ، آپاندیس و مقعد هم به وجود آید. گاهی درون مهبل، درون ب. مثانه، روی پوست و حتی در شش‌ها، نخاع و مغز هم دیده شده است

معمول‌ترین نشانه‌ی رشد نابجای بافت رحم، درد در ناحیه‌ی لگن است. این درد اغلب با چرخه‌ی ماهانه مربوط است، اما زنی که به این نارسایی دچار شده باشد ممکن است به دردهایی دچار شود که با چرخه‌ی ماهانه‌اش ارتباطی نداشته باشد. در بسیاری از زنان، درد آندومتریوز به اندازه‌ای شدید و ناتوان‌کننده است که برنامه‌ی زندگی آن‌ها را به هم می‌ریزد. همچنین، ممکن است بر کالبد درونی نیز اثر بگذارد و در مراحل شدید باعث چسبیدن اندام‌های درونی به هم شود

عوامل پدید آورنده

درباره‌ی آنچه که اندومتريوز را پديد می‌آورد، چند نظريه وجود دارد. بدبختانه، هيچ کدام از اين نظريه‌ها تا کنون به طور کامل ثابت نشده‌اند و همه‌ی سازو کارهای مرتبط با پديد آمدن و پيشرفت اين بيماری را نيز به طور کامل توجیه نمی‌کنند. بنابراین، عوامل پديد آورنده‌ی اين بيماری هنوز ناشناخته‌اند با وجود اين، بيشتر پژوهشگران بر اين باورند که هورمون استروژن اثر تشديد کننده‌ی بر اندومتريوز دارد. در نتیجه، بيشتر درمان‌های جاری برای اندومتريوز بر پایه‌ی تنظيم ميزان توليد استروژن در بدن زن برای تسکين علايم استوارند. تا کنون هيچ درمان قطعی برای اين بيماری گزارش نشده است چند نظريه که بيشتر از ديگران پذيرفته شده‌اند در ادامه توضيح داده می‌شود. البته، شايد ترکیبی از اين عوامل باعث می‌شود در برخی زنان رشد نابجای بافت رحم پديد آيد

دگرگونی بافتی

دگرگونی بافتی (مناپلازی) به معنای تغيير یک بافت عادی به بافت عادی ديگر است. برخی پژوهشگران پيشنهاد کرده‌اند که بافت ديواره‌ی رحم (اندومتر) توانایی آن را دارد که در برخی موارد جايگزين بافت‌های ديگر خارج از رحم شود به نظر برخی پژوهشگران اين دگرگونی در دوران جنینی، زمانی که رحم برای نخستين بار به وجود می‌آيد، رخ می‌دهد. به نظر برخی ديگر، گروهی از سلول‌های بالغ توانایی تبديل شدن به بافت ديگر را که در مرحله‌ی جنینی دارند، در خود نگه می‌دارند

خونروش برگشتی

اين نظريه را دکتر جان سمپسون در دهه‌ی ۱۹۲۰ ميلادی پيشنهاد کرد. به نظر او بافت خونروش (بافتی که به هنگام خونريزی ماهانه از بدن بيرون می‌آيد) به سوی لوله‌های تخمک‌بر می‌رود و اين جريان برگشتی باعث انباشت آن‌ها در اندام‌های لگنی می‌شود که در آنجا رشد می‌کنند. با وجود اين، شواهد اندکی در دست است که سلول‌های پوشش درونی رحم بتواند به اندام‌های لگنی يورش برده و در آنجا رشد کنند

سال‌ها گذشت تا این که پژوهشگران دریافتند که خونروش برگشتی در ۹۰ درصد زنان رخ می‌دهد. اما از آن‌جا که بیشتر زنان به اندومتريوز دچار نمی‌شوند، برخی پزشکان به این نتیجه رسیده‌اند که عامل دیگری (مانند مشکلی در دستگاه ایمنی یا نارسایی هورمونی) سبب اندومتريوز می‌گردد. نظریه‌ی خونروش برگشتی از توضیح این که چگونه اندومتريوز در زنانی که رحمشان را برداشته‌اند یا لوله‌های رحمشان را بسته‌اند نیز رخ می‌دهد و این که چرا گاهی مردانی که پس از جراحی پروستات در روند درمانی خود هورمون استروژن دریافت می‌کنند، به اندومتريوز دچار می‌شوند، نیز ناتوان است

زمینه‌ی ژنتیکی

بررسی‌ها نشان داده‌اند که احتمال دچار شدن بستگان درجه‌ی یک زنی با رشد نابجای بافت رحم، به این بیماری بیشتر است. همچنین، هنگامی که ارتباط وراثتی وجود دارد، این بیماری در نسل دیگر بدتر و شدیدتر خواهد بود

پخش لنفاوی یا رگی

تکه‌هایی از بافت رحم ممکن است از راه رگ‌های خونی یا دستگاه لنفی به جاهای دیگر بدن برده شوند. این پدیده ممکن است توضیحی باشد که چگونه اندومتريوز در اندامهای دوری مانند شش‌ها، مغز، پوست یا چشم‌هائیز دیده می‌شود

نارسایی‌های دستگاه ایمنی

در بسیاری از زنانی که به اندومتريوز دچار شده‌اند، کاستی‌ها یا نارسایی‌هایی در کارکرد دستگاه ایمنی دیده می‌شود. اینکه این نارسایی‌ها عامل اندومتريوز هستند یا پیامد آن، هنوز روشن نیست

اثرهای محیطی

در برخی پژوهش‌ها به دخالت عوامل محیطی در پدید آوردن یا گسترش اندومتريوز اشاره شده است. به ویژه آن را با ساز و کاری که مواد زهرآگین محیطی بر هورمون‌های تولید مثلی و پاسخ دستگاه ایمنی اثر می‌گذارند، مرتبط دانسته‌اند. اما این نظریه ثابت نشده و همچنان بحث‌برانگیز مانده است

نشانه‌ها و پی‌آمدها

همانگونه که ذکر شد معمول‌ترین نشانه‌ی اندومتريوز درد در ناحیه‌ی لگن است

درد ممکن در زمان‌ها و جاهای مختلفی احساس شود

- ✓ پیش و پس از خونروش یا در جریان آن
 - ✓ در جریان تخمک‌گذاری
 - ✓ در شکم در جریان خونروش
 - ✓ هنگام ادرار کردن
- ✓ در جریان نزدیکی جنسی یا پس از آن
 - ✓ در بخش پایینی پشت

➤ نشانه‌ها و پی‌آمدهای دیگر این بیماری

➤ اسهال یا یبوست (به‌ویژه همگام با خونروش)

➤ نفخ شکم (به‌ویژه همگام با خونروش)

➤ خونریزی سنگین یا نامنظم

➤ خستگی

شناخته‌شده‌ترین پیامد اندومتریوز، نازایی است. برآورد می‌شود که ۲۰ تا ۴۰ درصد زنان مبتلا به این بیماری، نازا هستند

تشخیص اندومتریوز

آزمون ساده‌ای برای شناسایی اندومتریوز وجود ندارد. در حقیقت، تنها راه قابل اعتماد برای تشخیص قطعی اندومتریوز انجام دادن لاپاروسکوپی و تکه‌برداری از بافت است. اما این روش گران است و اگر زیر نظر پزشک و جراح کاردانی انجام نشود، ممکن است بیماری تشخیص داده نشود. این را هم باید افزود که بیشتر زنان و دختران تمایل به انجام جراحی ندارند بنابراین، تشخیص اندومتریوز اندکی دردسرساز است و پزشک متخصص زنان باید نشانه‌های بیماری را

به درستی تشخیص دهد و پس از به دست آوردن پیشینه‌ی از نشانه‌های بیماری به بیمارمورد نظر پیشنهاد انجام تکه برداری از بافت را بدهد. برای این که کارها به خوبی پیش برود، بیمار باید با راست‌گویی و روشنی از نشانه‌های بیماری با پزشک سخن بگوید و چیزی را پنهان ندارد. آزمایش‌های دیگری هم وجود دارد که پزشک متخصص ممکن است انجام دهد. سونوگرافی، اسکن ام.آر.آی و بررسی‌های دیگر. هیچ کدام از این آزمایش‌ها به طور قطعی بیماری را مشخص نمی‌کنند، اما می‌توانند به تشخیص آن کمک کنند

درمان اندومتريوز

چون عوامل پدید آورنده‌ی این بیماری هنوز ناشناخته‌اند، درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد. درمان‌هایی که اکنون پیشنهاد می‌شود تا اندازه‌ای می‌توانند از پیشرفت بیماری بکاهند و آرام‌بخش باشند. پژوهش‌ها برتری هیچ کدام را بر دیگری نشان نداده‌اند. گزینش هر کدام از آن‌ها بر پایه‌ی نشانه‌های بیماری و نیازهای هر زن یا دختر، سن او و این که بخواهد باردار بشود یا نه، انجام می‌شود

آرام‌بخش‌ها

درد معمول‌ترین نشانه‌ی این بیماری در بسیاری از زنان است. از این رو بسته به تشخیص پزشک، از آرام‌بخش‌های ساده‌ای مانند آسپرین و پاراستامول گرفته تا آرام‌بخش‌های ترکیبی (آمیزه‌ای از آسپرین یا پاراستامول و مواد مخدری مانند کدوئین) یا آرام‌بخش‌های قوی مانند مورفین و داروهای ضدالتهاب (مانند نوروفن، پانستان، ولتارن و دیگر) تجویز می‌شود.

(توجه: هیچ کدام از این داروها را نباید خودسرانه مصرف کرد)

درمان هورمونی

هدف از درمان هورمونی اندومتريوز تنظیم تولید استروژن در بدن زن است تا از این راه نشانه‌های بیماری فروکش کند. درمان هورمونی ممکن است با قرص‌های ضدبارداری، پروجستین‌ها، هم‌اثرهای هورمون جی.ان.آر.اچ و دانازول انجام شود. پژوهشگران روی کارایی مهارکننده‌های آروماتاز نیز کار می‌کنند

هورمون‌درمانی پی‌آمدهایی نیز دارد و متأسفانه در بیشتر بیماران حتی اگر درد فروکش کند، پس از زمان کوتاهی بار دیگر باز می‌گردد

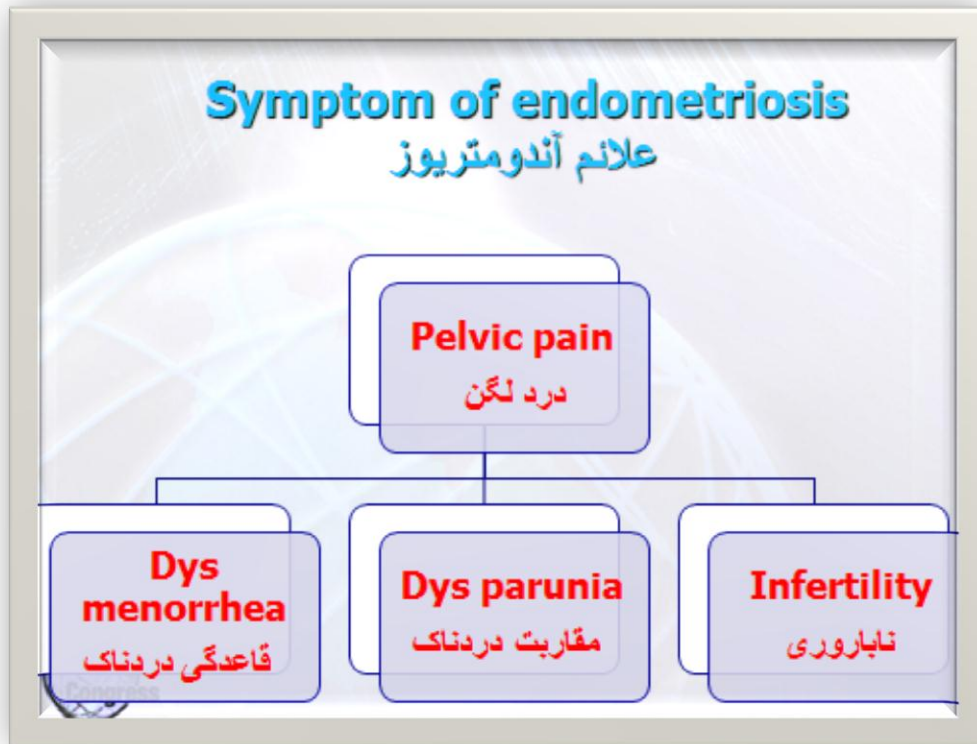
جراحی

بیشتر پزشکان پذیرفته‌اند که جراحی لاپاروسکوپی تنها راه قطعی تشخیص اندومتریوز است. در بسیاری از موارد، این بیماری را می‌توان به همان روشی که تشخیص داده می‌شود، درمان نیز کرد. موفقیت جراحی تا اندازه‌ی زیادی به مهارت جراح و درست انجام شدن جراحی بستگی دارد. هدف از جراحی برداشتن بافت نابجا است

خوراک‌درمانی

برنامه‌ی غذایی متعادل برای همه‌ی ما ضروری است، چرا که خوراک مناسب به سلامت همه‌ی بخش‌های بدن کمک می‌کند

تغذیه مناسب توان زنان مبتلا به اندومتریوز را برای تحمل درمان‌های پزشکی و پی‌آمدهای جانبی درمان افزایش می‌دهد، به او انرژی می‌بخشد و به درست فکرکردن او کمک می‌کند. هم اکنون کارشناسان تغذیه روی برنامه‌های غذایی ویژه‌ی بیماران اندومتریوز کار می‌کنند



REFERENCE

-  Endometriosis. (n.d.). *Mayo Clinic*. Retrieved February 29, 2012, from <http://www.mayoclinic.com>
-  Endometriosis. (n.d.). *University of Maryland Medical Center*. Retrieved February 29, 2012, from <http://www.umm.edu/ency/article/000915.htm>

HYPERPROLACTINEMIA

هیپرپرولاکتینمی

هورمون پرولاکتین توسط غده هیپوفیز که در قاعده مغز قرار دارد ساخته می شود. عمل اصلی این هورمون تحریک تولید شیر مادر پس از زایمان است. در طول دوران بارداری و شیردهی سطح هورمون پرولاکتین طبیعی است. در سایر شرایط سطح پرولاکتین ممکن است به علت بیماری یا مصرف برخی داروها بالا برود.

در مواردی هم، عامل بالا بودن هورمون، یک تومور تولید کننده پرولاکتین در غده هیپوفیز است که پرولاکتینوما نامیده می شود. این تومور معمولاً خوش خیم بوده و بروز آن در زنان شایع تر از مردان است. کودکان و نوجوانان به ندرت دچار پرولاکتینوما می شوند. پرولاکتین سطح هورمون های جنسی (استروژن و پروژسترون در زنان و تستوسترون در مردان) را هم در زنان و هم در مردان پایین می آورد. افزایش بیش از حد پرولاکتین و به دنبال آن افت استروژن، پروژسترون یا تستوسترون می تواند باعث بروز اختلالات جنسی و قاعدگی شود.

مردان و زنان دارای سطح بالای پرولاکتین ممکن است دچار نازایی، اختلال عملکرد جنسی و کاهش بافت استخوانی شوند. زنان همچنین ممکن است علائم زیر را تجربه کنند:

- قطع یا نامنظمی دوره های قاعدگی
 - ترشح شیر از پستان ها در زمانی که در دوران بارداری یا شیردهی نیستند
- در مردان ممکن است علائم زیر ایجاد شود:

- اختلال عملکرد جنسي
- کاهش موهاي بدن و توده عضلاني
- تاخير در بلوغ و بروز صفات ثانويه جنسي
فردی که دارای يك تومور پرولاکتینوماي بزرگ باشد ممکن است دچار سردرد و اختلالات بینايي شود.
این بدان علت است که عصب بینايي در نزديكي غده هیپوفيز قرار دارد و ممکن است در اثر تومورهاي بزرگ آسیب ببیند.

در صورت وجود علائم ذکر شده و شك به وجود هیپرپرولاکتینومي، با اندازه گيري سطح پرولاکتين خون مي توان به بالا بودن آن پي برد. معمولاً يك آزمایش خون ساده، تنها چيزي است که لازم است. در اکثر افراد سطح سرمي کمتر از $25/L25\mu g$ طبيعي است. سطح سرمي بالای $25/L25\mu g$ غيرطبيعي است. با این حال بعضي از داروها يا علل ديگري مانند تنش رويي يا بدني و کم کاري تيرويید و... نیز سطح سرمي هورمون را بالا مي برند. در این صورت پزشك شما بررسي هاي ديگري را براي يافتن علت افزايش سطح هورمون پرولاکتين انجام خواهد داد.
در صورتي که پزشك به پرولاکتینوما يا ساير تومورهاي غده هیپوفيز مشکوک باشد، يك اسکن يا ام.آر.آي (MRI از مغز و غده هیپوفيز درخواست خواهد کرد).
در صورتي که شما يك زن در سنين باروري باشيد، پزشك شما بارداري را به عنوان يكي از علل پرولاکتين بالا در نظر خواهد گرفت.
سابقه پزشکي شما در تشخيص بسيار مهم است، پزشك از شما در مورد سابقه ابتلا به بيماري هاي کليه و کبد که مي توانند باعث افزايش سطح پرولاکتين شوند سؤال خواهد کرد.
همچنين لازم است پزشك را از داروهاي مصرفي خود مطلع کنيد. برخي از داروها مي توانند سطح پرولاکتين را افزايش دهند اين داروها عبارتند از استروژن (مثلاً استروژن موجود در داروهاي ضد بارداري)، مُسکن هاي مخدر، متوکلوپراميد (که در درمان تهوع و استفراغ، سوزش سر دل و يا ريغلاکس معده به مري استفاده مي شود)

و داروهای ضد روان پریشی که در اختلالات روانی شدید مصرف می شوند. همچنین تعدادی از داروهای که برای درمان پُر فشاری خون و افسردگی مصرف می شوند، می توانند سطح پرولاکتین را افزایش دهند.

افراد دارای سطح بالای پرولاکتین که علائم خفیف دارند و یا بی علامت هستند، ممکن است نیازی به درمان نداشته باشند. برای علائم آزار دهنده و یا سایر مشکلاتی که به علت هیپرپرولاکتینمی بروز می کنند نوع درمان بستگی به علت ایجاد آن دارد.

حتی در صورت وجود تومور ترشح کننده پرولاکتین در هیپوفیز ممکن است درمان خاصی لازم نباشد. در صورت لزوم قدم اول در درمان این تومور تجویز داروهای است که تولید پرولاکتین را کاهش داده و تومور را کوچک می کنند. دارویی که اغلب استفاده می شود کابرگولین است. بروموکریپتین گزینه بعدی است. هر دوی این داروها در اکثر افراد به خوبی اثر می کنند.

پس از حدود دو سال درمان، در صورتی که تومور شما از بین رفته باشد و سطح هورمون پرولاکتین بالا نباشد، می توانید با صلاحدید پزشک خود میزان دارو را به تدریج کم و یا آن را قطع کنید. به این علت که تومور ممکن است مجدداً رشد کند، پس از قطع درمان نیز شما باید برای معاینه و بررسی های لازم به پزشک خود مراجعه کنید. فواصل این پی گیری ها را پزشک به شما خواهد گفت.

در بعضی از بیماران، مصرف دارو سطح هورمون را پایین نمی آورد و یا تومور را کوچک نمی کند. در این حالت ممکن است لازم باشد مقدار بیشتری دارو مصرف کنید. در صورتی که باز هم دارو مؤثر نبود و یا

شما دچار عوارض جانبی استفاده از دارو شدید، ممکن است لازم باشد برای برداشتن تومور عمل جراحی صورت بگیرد.

احتمال اینکه عمل جراحی و داروها مؤثر نباشند خیلی کم است. در این موارد پرتودرمانی می تواند گزینه ای مناسب برای کوچک کردن تومور باشد. پرتودرمانی همچنین در مواردی که پرولاکتینوما مهاجم (توموری که به سرعت در حال رشد و گسترش است) باشد و یا در موارد نادری که تومور بدخیم است، برای کوچک کردن تومور مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در صورتی که پزشک شما فکر کند دارویی که شما در حال مصرف آن هستید باعث افزایش پرولاکتین شده است، ممکن است به شما بگوید که دارو را حداقل به مدت سه روز قطع کنید. (داروهای خود را بدون این که پزشک به شما بگوید قطع نکنید).

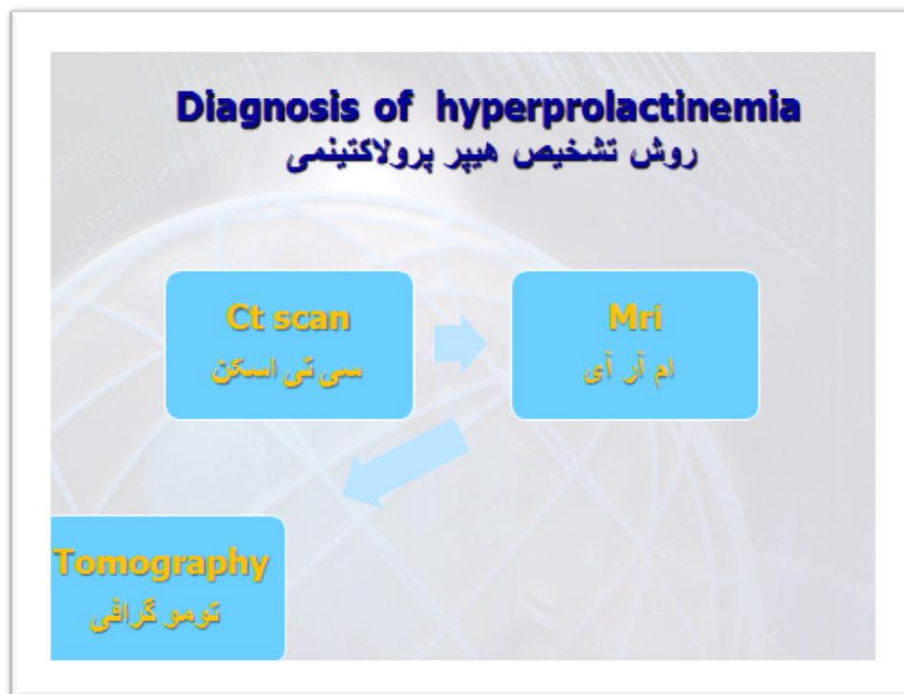
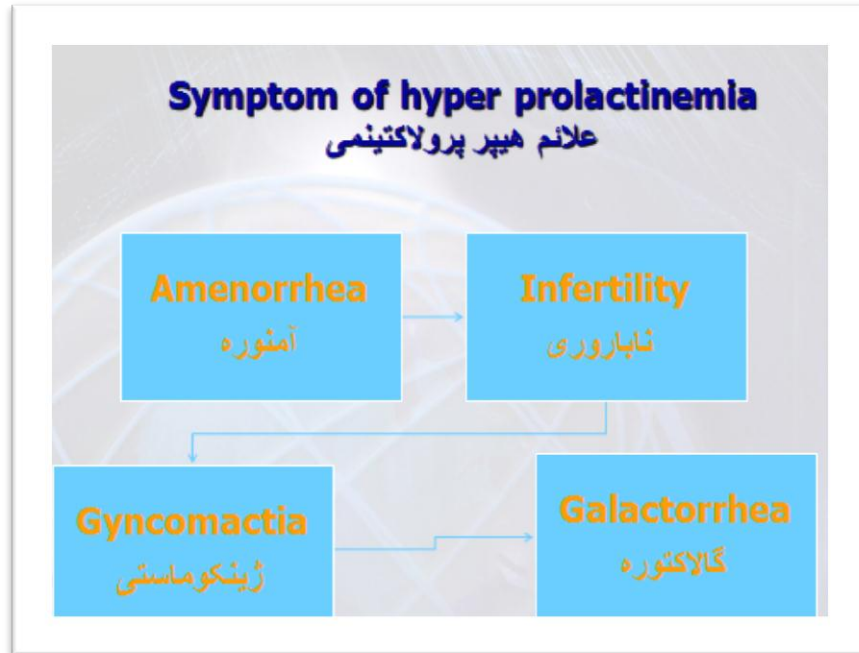
پس از طی شدن دوره قطع دارو پزشک مجدداً دستور انجام آزمایش خون برای اندازه گیری سطح پرولاکتین را خواهد داد تا بررسی کند سطح هورمون به میزان طبیعی برگشته است یا خیر. در صورتی که شما ناگزیر از مصرف دارو باشید پزشک برای شما داروی مشابهی را که اثری بر سطح پرولاکتین ندارد تجویز خواهد کرد.

در صورتی که جایگزین مناسبی برای داروی شما در دسترس نباشد پزشک ممکن است برای شما داروی کابرگولین و یا بروموکریپتین تجویز کند تا تولید پرولاکتین را کاهش دهد. در صورتی که شما دچار نازایی، کاهش میل جنسی، و یا از دست دادن عملکرد جنسی شوید، لازم است با استروژن (در خانم‌ها) و یا تستوسترون (در آقایان) درمان شوید.

هنگامی که کم کاری تیروئید باعث بروز هیپرپرولاکتینمی شود، فرد باید تحت درمان با هورمون های تیروئیدی مصنوعی تولید شده در آزمایشگاه قرار گیرد. معمولاً این درمان باید تا آخر عمر ادامه پیدا کند.

گاهی پزشکان نمی‌توانند علّتی برای هیپرپرولاکتینمی پیدا کنند. به این حالت ایدیوپاتیک (Idiopathic) گفته می‌شود. در بعضی از بیماران با هیپرپرولاکتینمی ایدیوپاتیک سطح پرولاکتین با گذشت زمان خود طبیعی می‌شود. در صورتی که این اتفاق در طی چند ماه رُح ندهد بیماران علامت دار تحت درمان با داروهای کابرگولین و یا بروموکریپتین قرار خواهند گرفت.

- گاهی زنان مبتلا به پرولاکتینوما در طول درمان، بارداری می‌شوند. این افراد ممکن است نیاز به درمان خاصی داشته باشند تا از سلامت کودکان مطمئن شوند.
- در درمان زنان باردار مبتلا به این تومور موارد زیر پیشنهاد می‌شود.
- بلافاصله پس از مطلع شدن از بارداری مصرف کابرگولین و یا بروموکریپتین را قطع کنید (دارو را بدون دستور پزشک فوق تخصص عدد قطع نکنید).
- در صورتی که شما دارای تومور بزرگی باشید که در بینایی شما اختلال ایجاد می‌کند (ویا خواهد کرد)، ممکن است پزشک از شما بخواهد که درمان خود را ادامه دهید. اگر شما ملزم به ادامه درمان باشید، بروموکریپتین داروی ترجیحی در دوران بارداری است.
- در طول دوران بارداری نیازی به انجام آزمایش سطح پرولاکتین نیست. در این دوران به طور طبیعی میزان هورمون افزایش می‌یابد.
- شما نیازی به انجام MRI در طول دوران بارداری نخواهید داشت مگر اینکه تومور در حال رشد باشد و یا بینایی شما را دچار مشکل کند.
- موارد فوق توصیه‌های کلی در اکثر زنان باردار است. با پزشک خود درباره این که چه چیزی بهترین برای شما و فرزندتان است صحبت کنید.
- در برخی موارد ممکن است برای بررسی وضعیت بعضی از تومورهای بزرگ بررسی مکرر میدان بینایی برای پایش وضعیت تومور در دوران بارداری انجام گیرد.
- اکثر تومورهای پرولاکتین ساز در دوران بارداری مشکلی برای بیمار (حتی در صورت قطع درمان) ایجاد نمی‌کنند.



✚ REFERENCE

- ✚ Brody, S. (2006). The Post-Orgasmic Prolactin Increase Following Intercourse Is Greater than Following Masturbation and Suggests Greater Satiety. *Biological Psychology*, 71 No. 3, 312–5. Retrieved on May 23, 2012, from <http://www.reuniting.info>
- ✚ Guidelines for Ordering Serum Levels of Gonadotropins (FSH, LH) and Prolactin CLP-021. (2008). *Ontario Association of Medical Laboratories*. Retrieved on May 23, 2012, from <http://www.oaml.com>
- ✚ Pituitary Disorders, Prolactinomas. (n.d.) *Pituitary Network Association*. Retrieved on May 24, 2012, from <http://www.pituitary.org>
- ✚ Prolactin. (2010). *American Association for Clinical Chemistry*. Retrieved on May 24, 2012, from <http://labtestsonline.org>

HYPOTHYROIDISM

کم کاری تیروئید

اینحالت . تولید نمی کند هورمون تیروئید شرایطی است که غده تیروئید به مقدار کافی کم کاری تیروئید شایع ترین اختلال تیروئید است

تیروئید غده ای پروانه ای شکل در میانه گردن است که درست زیر حنجره (جعبه صوتی) و در بالای استخوان های یقه (کلاویکل ها) قرار دارد.

عملکرد تیروئید توسط غده ای در مغز به نام غده هیپوفیز کنترل می شود. غده هیپوفیز هورمون محرک تیروئید (TSH) را تولید می کند که غده تیروئید را تحریک می کند تا هورمون های تیروئیدی (T3 و T4) تولید کند.

علل کم کاری تیروئید

در حدود ۹۵ درصد موارد کم کاری تیروئید به علت مشکل موجود در خود غده تیروئید است و کم کاری تیروئید اولیه نام دارد. اما داروها و بیماری های مشخصی نیز می توانند عملکرد تیروئید را کاهش دهند. به عنوان مثال کم کاری تیروئید می تواند بعد از درمان دارویی برای پرکاری تیروئید مثل تیروئیدکتومی (برداشتن غده تیروئید با جراحی) یا درمان با ید رادیواکتیو (برای خراب کردن بافت تیروئید) نیز ایجاد شود.

در بعضی موارد کم کاری تیروئید نتیجه کاهش تولید هورمون محرک تیروئید (TSH) توسط غده هیپوفیز است که کم کاری تیروئید ثانویه نام دارد.

مشکلات تیروئید در زنان شایع تر است، با افزایش سن زیادتر می شود و در سفید پوستان شایع تر از سیاه پوستان است.

علائم کم کاری تیروئید تنوع گسترده ای دارد. برخی افراد هیچ علامتی ندارند در حالی که سایر افراد علائمی چشمگیر یا به ندرت علائم تهدید کننده حیات دارند. علائم کم کاری تیروئید به غیر اختصاصی بودن و تقلید بسیاری از تغییرات طبیعی افزایش سن معروف هستند. معمولاً وقتی کم کاری تیروئید به تدریج ایجاد می شود، علائم خفیف ترند. به طور کلی این علائم وقتی به علت کم کاری تیروئید ایجاد می شوند به درجه کم کاری تیروئید بستگی دارند.

بسیاری از بیماران با کم کاری خفیف تیروئید، در آزمون های غربالگری برای علائم بالغوه کم کاری تیروئید مشخص می شوند. اما علائمی ندارند یا علائم کمی دارند که در نهایت به علائم کم کاری تیروئید نسبت داده شود یا به درمان کم کاری تیروئید پاسخ دهد. در مقابل، بیماران با کم کاری متوسط تا شدید معمولاً علامتدارند و با جایگزینی هورمون تیروئید به طور چشمگیری بهبود می یابند.

علائم عمومی

هورمون تیروئید به طور طبیعی سوخت و ساز را تحریک می کند و بیشتر علائم کم کاری تیروئید انعکاسی از آهسته شدن روندهای سوخت و ساز بدن است. علائم عمومی ممکن است شامل خستگی، کندی، افزایش وزن و عدم تحمل دماهای سرد (احساس سرما و سردی دست و پا) است.

پوست؛ کم کاری تیروئید می تواند تعریق را کاهش دهد. پوست ممکن است خشک و ضخیم شود. موها ممکن است خشن یا نازک شود. ابروها ممکن است بریزند و ناخن ها ممکن است شکننده شوند.

چشم: کم کاری تیروئید می تواند به ورم خفیف اطراف چشم ها منجر شود. در افرادی که دچار کم کاری تیروئید بعد از درمان بیماری گریوز می شوند ممکن است بعضی از علائم چشمی بیماری گریوز شامل برآمدگی (جلو زدگی) چشم ها، ظاهر خیره و حرکت مختل چشم ها باقی بماند.

دستگاه قلبی عروقی: کم کاری تیروئید ضربان قلب را آهسته می کند و انقباضات قلب را ضعیف می کند و عملکرد کلی آن را کاهش می دهد. علائم مرتبط ممکن است شامل خستگی و تنگی نفس با انجام ورزش باشد. این علائم ممکن است در افرادی که بیماری قلبی نیز دارند شدیدتر باشد. به علاوه کم کاری تیروئید می تواند باعث افزایش خفیف فشارخون شود و سطح خونی کلسترول را افزایش دهد.

دستگاه تنفس: کم کاری تیروئید عضلات تنفسی را ضعیف می کند و عملکرد ریه را کاهش می دهد. علائم می تواند شامل خستگی، تنگی نفس با ورزش و توانایی کاهش یافته برای ورزش کردن باشد. کم کاری تیروئید هم چنین می تواند منجر به تورم زبان، صدای خشن و آپنه خواب شود. آپنه خواب شرایطی است که بر اثر آن بسته شدن متناوب راه هوایی در هنگام خواب ایجاد می شود که موجب خواب نامنظم و خواب آلودگی هنگام روز می شود.

دستگاه گوارش: کم کاری تیروئید فعالیت های بخش گوارش بدن را کند می کند و باعث یبوست می شود. به ندرت ممکن است حرکت قسمت گوارشی به طور کامل متوقف شود.

دستگاه تولید مثل: زنان با کم کاری تیروئید اغلب بی نظمی های سیکل قاعدگی دارند که از نبود قاعدگی یا کم بودن قاعدگی ها تا قاعدگی های بسیار زیاد و سنگین متغیر است. بی نظمی های قاعدگی می تواند باردار شدن را مشکل کند و زنان بارداری که کم کاری تیروئید دارند از لحاظ بی نتیجه بارداری (سقط) در اوایل دوران بارداری در معرض خطر بیشتری هستند. درمان کم کاری تیروئید می تواند این خطرها را کاهش دهد.

در افراد با کم کاری تیروئید شدید، ضربه، عفونت، در معرض سرما قرارگرفتن و داروهای خاص می تواند به ندرت شرایط تهدید کننده حیات به نام کوما میگزدم را تحریک کند که باعث کاهش سطح هوشیاری و دمای پائین بدن می شود.

تشخیص کم کاری تیروئید: در گذشته کم کاری تیروئید تا وقتی که علایمی برای طولانی مدت وجود نداشت، تشخیص داده نمی شد؛ اما امروزه آزمایش های خونی ساده می تواند کم کاری تیروئید را در مراحل اولیه مشخص کند.

اگر فردی علائم و نشانه های کم کاری تیروئید، مثل مواردی که در بالا بحث شد، را داشته باشد می تواند آزمایش غربالگری برای کم کاری تیروئید بدهد.

آزمایش های خونی: آزمایش های خونی می تواند تشخیص را مسجل کند و به علت زمینه ای نقص هورمون تیروئید اشاره کند. شایع ترین آزمایش خونی برای کم کاری تیروئید، هورمون محرک تیروئید (TSH) است که حساس ترین آزمایش است زیرا حتی با کاهش خفیف در عملکرد تیروئید می تواند بالا برود. تیروکسین (T4) که محصول اصلی غده تیروئید است نیز ممکن است جهت اطمینان و ارزیابی درجه کم کاری تیروئید اندازه گیری شود.

غربالگری معمول: همه نوزادان تازه متولد شده به طور معمول می بایست برای نقص هورمون تیروئید غربالگری شوند. مشخص نیست آیا همه بزرگسالان نیز می بایست برای بیماری تیروئید مورد آزمایش قرار گیرند یا خیر.

هدف از درمان کم کاری تیروئید برگرداندن سطوح خونی به محدوده طبیعی و کم کردن علائم است.

درمان کم کاری تیروئید، جایگزین کردن هورمون تیروئید است که معمولاً به صورت شکل **دارودرمانی** داده می شود. این دارو می بایست روزی یک بار با شکم خالی (T4) خوراکی هورمون تیروکسین مصرف شود (یک ساعت قبل از غذا خوردن یا دو ساعت بعد از غذا خوردن).

بعضی از پزشکان نوع دیگری از هورمون تیروئید (تری یدوتیرونین T3) را در ترکیب با T4 تجویز می کنند. به هر حال از آن جا که T4 در بدن به T3 تبدیل می شود، بیشتر مطالعات برتری ترکیب درمانی دو هورمون را در مقایسه با تنها T4 نشان نداده اند.

در بیشتر موارد علائم کم کاری تیروئید در دو هفته از شروع درمان، جایگزین هورمون شروع به بهبودی می کند. به هر حال افراد با علائم شدیدتر ممکن است نیاز به ماه ها درمان قبل از بهبودی کامل داشته باشند.

مدت زمان و دوز دارو: پزشک یک دوز اولیه از T4 تجویز می کند و سپس سطح خونی TSH را مجدداً بعد از ۶ هفته اندازه گیری می کند. دوز T4 می تواند در آن زمان بسته به نتایج تنظیم شود. این کار ممکن است بارها قبل از طبیعی شدن سطح هورمون تکرار شود. بعد از مشخص شدن دوز ایده آل پزشک ممکن است بررسی آزمایش های خونی را یک بار در سال یا در صورت لزوم به دفعات بیشتر پیشنهاد کند. بیشتر افراد با کم کاری تیروئید نیازمند درمان در تمام طول زندگی هستند. اگرچه دوز T4 ممکن است نیاز به تنظیم در طول زمان داشته باشد.

هیچ وقت بدون مشورت با پزشک دوز را کم یا زیاد نکنید. مصرف بیش از حد T4 می تواند باعث پرکاری خفیف تیروئید با خطرات مرتبط با فیبریلاسیون دهلیزی (ضربان قلب نامنظم) و احتمالاً تسریع از دست دادن استخوان (استئوپروز) شود.

تغییرات دوز

تغییرات در دوز T4 به سطح TSH و T4 فرد بستگی دارد. دوزمی تواند در این شرایط نیاز به افزایش داشته باشد:

-اگر بیماری تیروئید بدتر شود

-در طول بارداری

-اگر شرایط گوارشی فرد جذب T4 را مختل کند

یا اگر فرد اضافه وزن پیدا کند.

یک رژیم پر فیبر، آنتی اسید های حاوی کلسیم یا آلومینیوم و قرص های آهن می تواند با جذب T4 تداخل کند و می بایست در زمان متفاوتی از روز مصرف شود.

دوز دارو ممکن است همچنان که سن فرد بالا تر می رود، بعد از زایمان، یا اگر فرد وزن از دست می دهد نیاز به کاهش داشته باشد.

تحت نظر قرار دادن

دوز های T4 افراد می تواند به طور گسترده ای تفاوت داشته باشد و به عوامل متفاوتی مثل علت زمینه ای کم کاری تیروئید بستگی دارد. افراد با شرایط خاص نیازمند بررسی به دفعات بیشتر هستند.

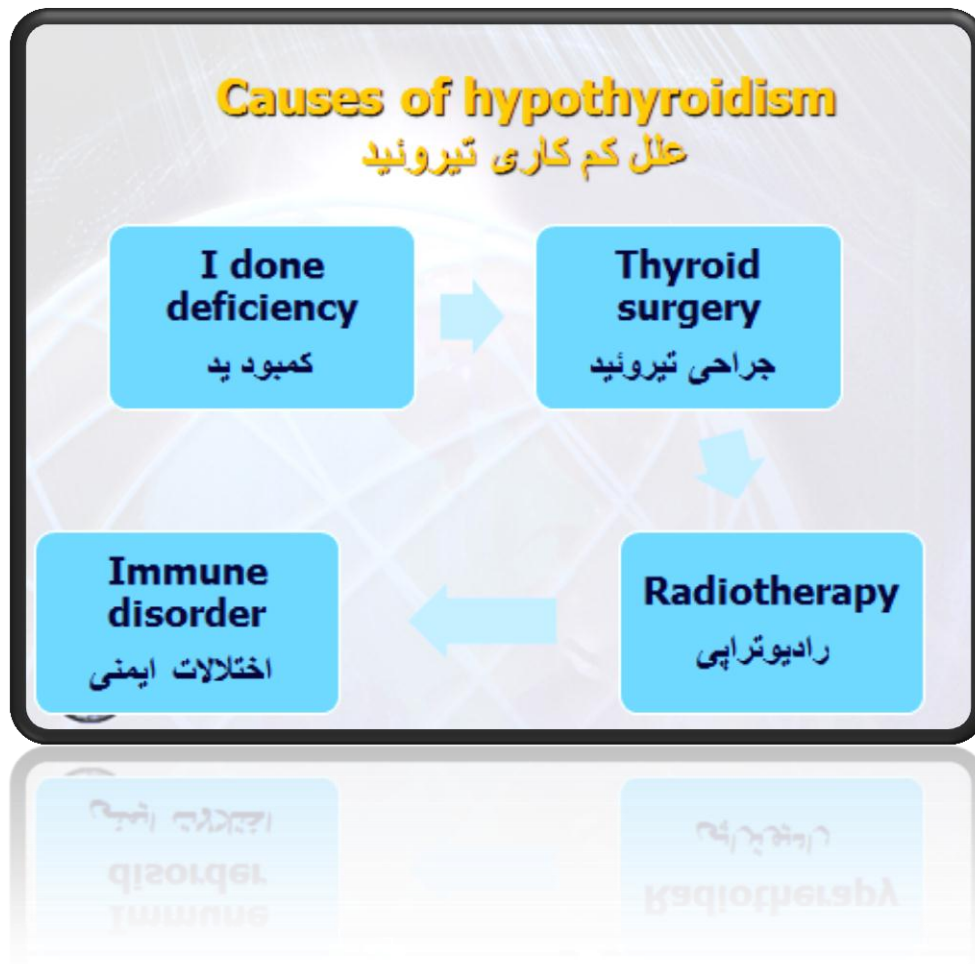
سن بالا و بیماری قلبی: هورمون تیروئید باعث می شود قلب قدری شدیدتر کار کند بنابراین پزشک ممکن است در بزرگسالان مسن و در افراد با بیماری کرونر قلبی درمان محافظه کارانه تری انتخاب کند.

بارداری: زنان اغلب نیازمند دوزهای بالاتر T4 در زمان بارداری هستند. آزمایش معمولاً هر چهار هفته پیشنهاد می شود که شروع آن بعد از لقاح است. هنگامی که دوز مطلوب T4 به دست آمد، آزمایش معمولاً دست کم یک بار در هر سه ماه (تریمستر) تکرار می شود. بعد از وضع حمل دوز T4 نیاز به تنظیم دوباره دارد.

جراحی: کم کاری تیروئید می تواند خطر عوارض مرتبط با جراحی مشخصی را افزایش دهد. عملکرد روده ممکن است به آهستگی بهبود یابد و ممکن است اگر تب وجود نداشته باشد عفونت نادیده گرفته شود. اگر آزمایش های خونی قبل از عمل جراحی نشان دهنده سطوح پائین هورمون تیروئید باشد عمل جراحی غیراورژانس معمولاً تا وقتی که سطوح هورمون با درمان به مقدار طبیعی برگردانده شود، عقب انداخته می شود.

کم کاری تیروئید بدون علامت: در بعضی موارد کم کاری تیروئید بسیار خفیف است یا علائم واضحی ایجاد نمی کند (که کم کاری تیروئید ساب کلینیکال نامیده می شود). تصمیم درباره درمان کم کاری تیروئید ساب کلینیکال مورد اختلاف نظر است. بسیاری از پزشکان، بیماران با کم کاری ساب کلینیکال را اگر TSH بالای ۱۰ باشد درمان می کنند تا از ایجاد کم کاری تیروئید و علائم مرتبط پیشگیری شود. درمان

همچنین برای افرادی که گواتر یا علائم غیر اختصاصی کم کاری تیروئید مثل خستگی، یبوست یا افسردگی دارند پیشنهاد می شود. (به غده تیروئید بزرگ گواتر گفته می شود. در واقع، هرگونه بزرگی اندازه تیروئید بدون توجه به این که با پرکاری یا کم کاری تیروئید همراه باشد، گواتر نامیده می شود.)





✚ REFERENCE

- ✚ Hypothyroidism. (n.d.). *American Thyroid Association*. Retrieved May 14, 2012, from <http://www.thyroid.org>
- ✚ Hypothyroidism. (2010, April 19). *PubMed Health*. Retrieved May 14, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- ✚ Hypothyroidism. (2010, June 12). *Mayo Clinic*. Retrieved May 14, 2012, from <http://www.mayoclinic.com>
- ✚ Iodine Nutrition, FAQ. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Retrieved July 10, 2012 from <http://www.iccidd.org/pages/iodine-deficiency/faqs.php>

HYSTRECTOMY

برداشتن رحم

به عمل جراحی‌ای که در آن به هر دلیل جراح رحم را برمی‌دارد، «هیسترکتومی» می‌گویند. مشکلاتی مثل درد شدید لگن، خونریزی شدید و نامنظم ماهیانه یا ابتلا به سرطان رحم از مواردی هستند که گاه برای درمان آنها چاره‌ای جز خارج کردن رحم نیست.

البته در بیشتر موارد، هیسترکتومی برای درمان چند بیماری زنانه انجام می‌شود که به درمان دارویی پاسخ خوبی نداده‌اند.

برخی از شایع‌ترین این مشکلات عبارتند از: بیماری‌های همراه و جانبی از جمله آندومتریوز. در این بیماری بافت رحمی دستخوش تغییراتی می‌شود که در نتیجه آن درد و خونریزی نامنظم رخ می‌دهد. در این بیماری هم اگر دارودرمانی و درمان‌های دیگر جواب ندهد، شاید به هیسترکتومی نیاز باشد. در بیماران بالای ۴۵ سال هم که دچار خونریزی‌های غیرطبیعی هستند، باید در ابتدا تشخیص اورژانسی انجام شود تا اگر نشانه‌هایی از سرطان مشاهده شد، حتماً رحم خارج شود. قبل از هیسترکتومی، درمان‌های کمکی و شیمی‌درمانی انجام می‌گیرد.

اگر فرد مبتلا به افتادگی شدید رحم باشد و مصرف دارو و ورزش منظم برای مستحکم کردن کف لگن، علایم را برطرف نکند، به هیسترکتومی نیاز خواهد بود. پایین آمدن رحم در کانال واژن، زمانی رخ

می‌دهد که بافت‌ها و رباط‌های نگهدارنده آن ضعیف شوند. گاهی افتادگی رحم ممکن است باعث بی‌اختیاری ادرار و فشار در لگن شود.

در این صورت رحم از طریق پایین یعنی واژینال خارج می‌شود. با انجام این روش، بیمار پس از عمل درد کمتری را احساس می‌کند. اگر فرد مبتلا به خونریزی مکرر و طولانی مدت از واژن باشد و خونریزی ماهیانه شدید و نامنظم داشته باشد و پزشک نتواند با روش‌های دیگر خونریزی را کنترل کند، هیسترکتومی کمک موثری خواهد بود.

انواع هیسترکتومی

برای خارج کردن رحم روش‌های متفاوتی وجود دارد که پزشک با توجه به وضعیت و شرایط فرد یکی از آنها را انتخاب می‌کند. در گذشته تنها روش خارج کردن رحم، از طریق شکم بود اما امروزه با روش‌های جدیدی مانند عمل لاپاروسکوپی بدون اینکه شکم باز شود، این کار انجام می‌شود. در عمل لاپاروسکوپی با ایجاد ۴ سوراخ، رحم از اجزای کناری؟تان جدا شده و به صورت تکه تکه از طریق سوراخ‌ها یا از راه واژن خارج می‌شود. بیمار بعد از عمل جراحی وضعیت خوب و خونریزی کمتری دارد و زودتر می‌تواند به زندگی عادی بازگردد. البته روش‌های جایگزین دیگری برای هیسترکتومی وجود دارد که کمتر تهاجمی است.

در صورتی که بیماری خوش‌خیم باشد، ممکن است غیراز برداشتن رحم، گزینه‌های دیگری هم وجود داشته باشد. اگر مشکل به دلیل هورمونی باشد، با استفاده از دستگاه هیستروسکوپ، آندومتر تراشیده و نازک می‌شود. در نتیجه نیازی به برداشتن رحم نیست.

همچنین می‌توان با استفاده از بالون‌هایی که ۱۸۷ درجه سانتی‌گراد گرما تولید می‌کنند، قسمت داخلی رحم را سوزاند یا با روش رادیوفرکوتنسی که مانند امواج مایکروویو است و حرارت بالایی دارد، در تماس با آندومتر، لایه‌ای را که باعث خونریزی می‌شود، از بین برد. در روش رادیوفرکوتنسی تا حدود ۹۶ درصد خونریزی کاهش چشمگیری می‌یابد.

هیستریکتومی؛ انواع و اقسام

رحم‌برداری با توجه به میزان برداشت بافت‌ها انواع گوناگونی دارد.

رحم‌برداری نیمه‌کامل یا فوق‌دهانه‌ای: جراح فقط بخش بالایی رحم را برمی‌دارد و گردن یا دهانه رحم را به جای می‌گذارد.

رحم‌برداری کامل: تمام رحم و دهانه رحم خارج می‌شود.

رحم‌برداری رادیکال: جراح همه رحم و بافت‌های طرفین رحم و دهانه رحم و بخش بالایی واژن را برمی‌دارد. رحم‌برداری رادیکال معمولاً فقط هنگامی انجام می‌شود که فرد مبتلا به سرطان باشد. در رحم‌برداری رادیکال ممکن است تخمدان‌ها هم برداشته شوند، عملی که به آن «آفورکتومی» یا «تخمدان‌برداری» می‌گویند.

همچنین رحم‌برداری با تکنیک‌های مختلفی ممکن است انجام شود: (۱) رحم‌برداری از راه شکم: یک عمل جراحی باز است. این نوع رحم‌برداری شایع‌ترین نوع این جراحی است و ۷۰ درصد موارد را شامل می‌شود. جراح برای انجام این عمل، یک برش ۱۲ تا ۱۷ سانتی‌متری عمودی یا افقی روی شکم ایجاد و رحم را از طریق این برش خارج می‌کند. پس از انجام این عمل، بیمار بیش از ۲ روز در بیمارستان بستری می‌شود. پس از بهبودی جوشگاه هم زخم قابل‌مشاهده‌ای در محل برش جراحی روی شکم باقی می‌ماند.

رحم‌برداری با کمترین تهاجم: امروزه روش‌های متعدد رحم‌برداری با کمترین تهاجم معمول شده است که در آنها از برش‌های کوچک‌تری استفاده می‌شود

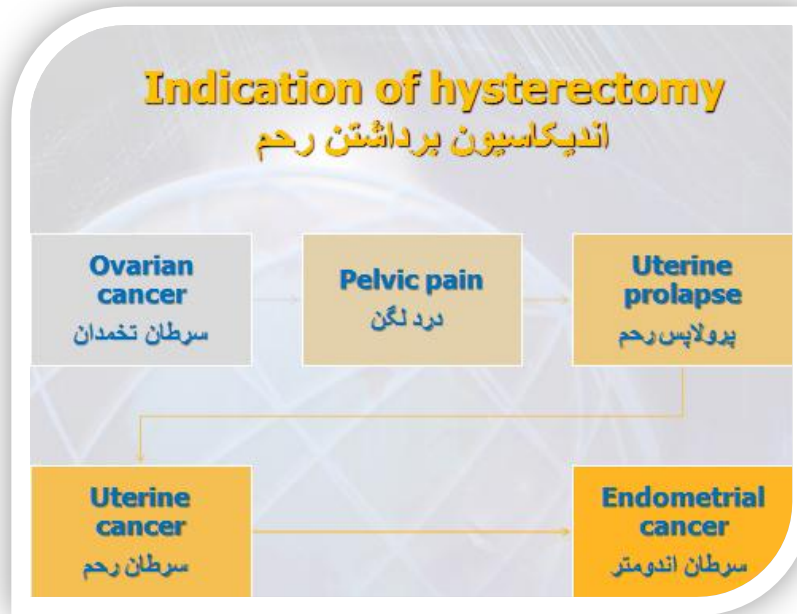
رحم‌برداری از راه واژن: جراح در این روش با برش دادن از درون واژن رحم را خارج می‌کند. برش جراحی در داخل بدن است، بنابراین جوشگاه زخم قابل‌مشاهده‌ای وجود نخواهد داشت

رحم‌برداری با لاپاروسکوپی: در این جراحی یک لوله باریک که دوربین نورانی بر سر آن قرار دارد و ابزارهای جراحی از طریق برش‌های کوچک روی شکم، به درون بدن فرستاده می‌شود. جراح با مشاهده تصویر درون بدن روی یک صفحه، عمل جراحی را از خارج بدن انجام می‌دهد

رحم‌برداری با لاپاراسکوپی به کمک روبات: این عمل مشابه رحم‌برداری با لاپاراسکوپی است، به جز اینکه جراح حین انجام عمل یک سیستم روباتی پیچیده دارای ابزارهای جراحی را از بیرون بدن هدایت می‌کند. تکنولوژی پیشرفته به جراح امکان می‌دهد از حرکات طبیعی مچ استفاده کند و جریان عمل را روی یک صفحه نمایش سه‌بعدی ببیند

استفاده از روش‌هایی با کمترین تهاجم در مقایسه با رحم‌برداری باز از راه شکم مزایایی دارد. این روش‌های کمتر تهاجمی درد و جوشگاه زخم کمتری ایجاد می‌کنند و خطر عفونت به دنبال آنها کمتر است.

زنانی که رحم آنها با روش‌های کمتر تهاجمی خارج می‌شود، می‌توانند پس از ۳ تا ۴ هفته به زندگی عادی بازگردند، در حالی که در رحم‌برداری باز، زمان نقاهت ۴ تا ۶ هفته است. هزینه‌های جراحی‌های کمتر تهاجمی نیز از هزینه‌های عمل باز کمتر است. خطر ایجاد فتق در محل برش جراحی در این روش‌ها کمتر می‌شود



REFERENCE

-  Hysterectomy. (n.d.). *National Institutes of Health*. Retrieved on July 20, 2012, from <http://www.nlm.nih.gov>
-  Hysterectomy fact sheet. (2009, December 15). *U.S. Department of Health and Human Services*. Retrieved on July 20, 2012, from <http://womenshealth.gov>
-  X-Plain Hysterectomy. (2009, March 18). *National Institutes of Health*. Retrieved on July 20, 2012, from <http://www.nlm.nih.gov>

TURNER SYNDROME

سندرم ترنر

سندرم ترنر

سندرم ترنر بیماری کروموزومی است که در اثر تغییر در تعداد کروموزوم در زنان بوجود می آید. زنان مبتلا به این بیماری معمولاً باردار نمی‌شوند؛ که این امر به علت فقدان عملکرد تخمدان‌ها می‌باشد

علائم

علائم سندرم ترنر شامل موارد زیر می‌شود

گردنی وب شکل یا پره دار (حالت پره ای شدن گردن) و کم یا نامعلوم بودن خط موها در پیشانی و سر

قفسه سینه پهن و فاصله نوک سینه‌های آنها از هم زیاد است

استعداد پیشرفت فشار خون بالا را دارند (بنابراین باید مرتب معاینه شوند)

مشکل کوچکی چشم دارند که با عینک برطرف می‌گردد

افزایش سن یا افزایش وزن زیاد زنان با سندرم ترنر مقداری بیشتر از حالت عادی خطر دیابت را

افزایش می‌دهد

صدای مورمور قلبی که به تنگی آئورت نیز مرتبط است. (آئورت: رگ خونی که از قلب خارج می‌شود)

بدشکل شدن ستون فقرات در دختران

افزایش پوکی استخوان در بیمار

کم کاری غده تیروئید در زنان مبتلا

علل

عدم تکامل کروموزوم ایکس

دوم در زنان یکی از علل مهم در ابتلا به این بیماری است

تشخیص

تشخیص این سندرم قبل از تولد جنین به واسطه آمنیوسنتز و بررسی کروموزومی امکان پذیر است و حتی ناهنجاریهای قلبی و کلیوی در موارد درگیری این مناطق را نیز با انجام سونوگرافی میتوان دید. اما این سندرم معمولا در ابتدای تولد و یا هنگامیکه انتظار می رود که بلوغ رخ داده باشد،

تشخیص داده می شود، اگر کودک چندین نشانه از سندرم ترنر را داشته باشد، آزمایش خون صورت گرفته و کاربوتیپ انجام میشود .

در این تست تعداد کروموزومهای فرد را شمارش کرده و هر گونه تغییر شکل ناهنجار و یا فقدان هر بخش از کروموزوم را تشخیص می دهد.

در برخی موارد هیچ گونه علائم بالینی در ابتدای تولد مشهود نمی باشد و این امر تا رسیدن به زمان بلوغ دختر به تعویق می افتد. با این حال مهم است که این سندرم زودتر تشخیص داده شود تا هر چه زودتر درمانهای هورمونی لازم صورت گیرد.

تشخیص زودرس و درمان به پیشگیری از سایر مشکلات بخصوص عوارض مزمن از قبیل استئوپوروز و دیابت کمک خواهد کرد

راههای درمان

درمان خاصی برای این بیماری وجود ندارد

جایگزینی هورمون رشد ممکن است لازم باشد این عمل ممکن است به کودک کمک کند تا به قامت نرمال دست یابد. استروژن تراپی نیز در سن ۱۲ یا ۱۳ سالگی برای تحریک خصوصیات ثانویه جنسی آغاز می گردد تا دختران مبتلا به این سندرم همانند بالغین ظاهر نرمالی را داشته باشند.

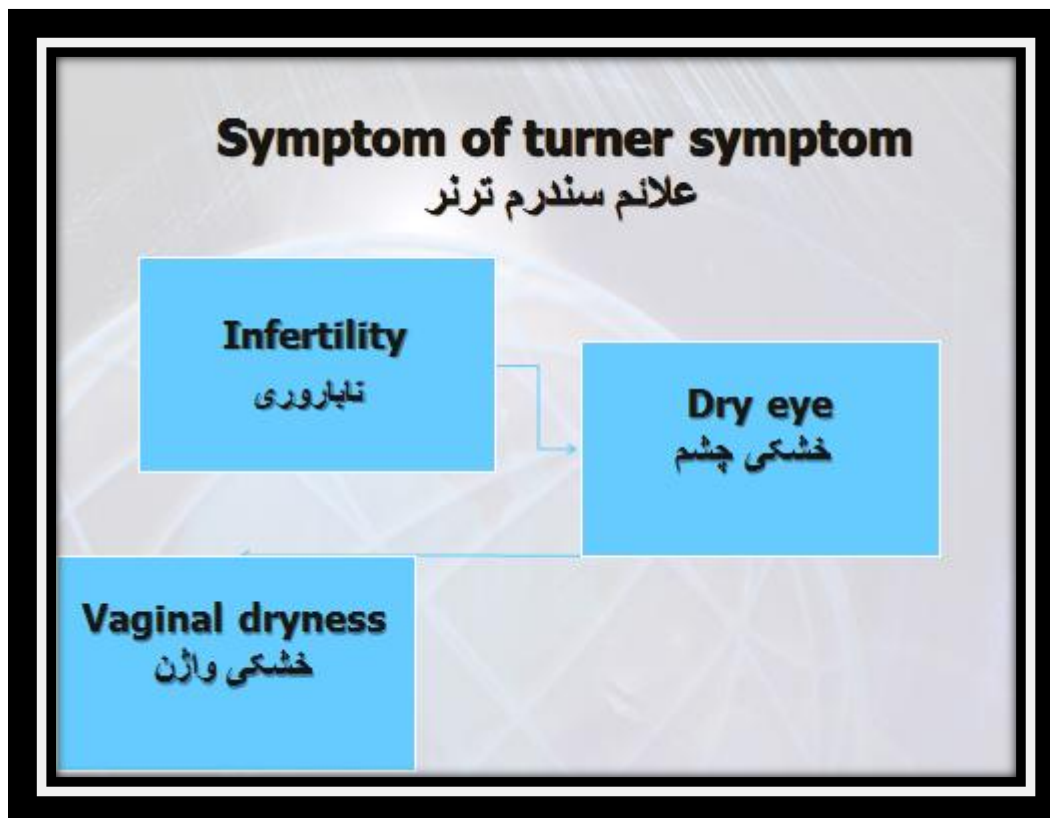
استروژن تراپی در درمان نازایی مفید نخواهد بود(درمانی ندارد مگر تخمک اهدایی) و استفاده از پمادهای واژینال برای پیشگیری از خشکی، خارش و درد در طی نزدیکی میتواند مفید باشد.

گاهی اوقات جراحی قلبی برای اصلاح برخی از نقایص لازم است. خوب است بدانید زنان مبتلا به سندرم ترنر می توانند بچه دار شوند به واسطه تخمک اهدایی و با روش لقاح خارج رحمی، تخمک اهدایی برای ایجاد یک جنین مورد استفاده قرار می گیرد و در رحم افراد مبتلا جایگزین می گردد و در طول دوران بارداری مراقبت‌های حمایتی انجام می گیرد و زنان ممکن است بارداری را تا موعد مقرر سپری کرده و حتی سیر زایمان را بطور طبیعی طی کنند





خطر وارث

بیماری سندرم ترنر به سن مادر یا پدر ارتباطی ندارد و مسری نیز نمی باشد

شک به سندرم ترنر در سونوگرافی جنین



REFERENCE

-  Celiac Disease. (2010, Jan 20). PubMed Health. Retrieved June 20, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
-  Fact Sheet. (2011). Turner Syndrome Society of the United States. Retrieved June 12, 2012, from <http://www.turnersyndrome.org>
-  Turner Syndrome. (2012, March 30). PubMed Health. Retrieved June 12, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001417/>
-  What is TS? (2011). Turner Syndrome Society of the United States. Retrieved June 12, 2012, from <http://www.turnersyndrome.org>

PCOS

تخمندان پلی کیستیک

این سندرم شیوع نسبتاً زیادی در خانم‌ها دارد و یکی از عوارض بالقوه آن، افزایش هورمون‌های مردانه می‌باشد

سندرم تخمدان پلی کیستیک چیست؟

سندرم تخمدان پلی کیستیک یکی از علل شایع اختلالات هورمونی در خانمها می‌باشد، اسم این بیماری ناشی از ضایعاتی است که در تخمدانها ایجاد می‌شود، که در آن هر دو تخمدان پر از کیستهای متعدد شده و بزرگ می‌شوند.

این کیستها در لایه بیرونی تخمدانها تشکیل می‌شوند و ظاهر کیستیک به تخمدان می‌دهند سندرم تخمدان پلی کیستیک موارد زیر را در خانمها تحت تاثیر قرار می‌دهد: عادات ماهانه، باروری، میزان هورمونها، قلب، عروق خونی و ظاهر فرد. در این خانمها بطور تپیک میزان هورمونهای مردانه (آندروژنها) افزایش می‌یابند، عادات ماهیانه آنها یا قطع می‌شود و یا اینکه بطور مکرر دچار خونریزی می‌شوند

در حدود یک در ۱۰ تا یک در ۲۰ خانمهاییکه در سن باروری قرار دارند این سندرم ایجاد می‌شود. در آمریکا ۵ میلیون خانم مبتلا به آن هستند و این بیماری مخصوص خانمهای بزرگسال نیست حتی در دختر بچه های ۱۱ ساله نیز دیده شده است

علت اصلی آن نامشخص است. ولی عده ای از دانشمندان معتقد هستند که این بیماری دارای یک

زمینه زنتیکی است. در خانمهاییکه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک هستند، احتمال اینکه مادر و خواهر مبتلا به این بیماری داشته باشند بیشتر از جمعیت عادی است. اختلال اصلی پس زمینه ای در این بیماران، اختلالات هورمونی است.

تخمندانها در خانمهای طبیعی نیز هورمون مردانه تولید می کنند، ولی در خانمهاییکه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک هستند میزان تولید هورمونهای مردانه بشدت افزایش می یابد.

مقادیر زیاد هورمونهای مردانه تولید و آزاد شدن تخمک در خانمها را مختل می کنند. عده ای از دانشمندان معتقد به وجود رابطه ما بین این بیماری و انسولین خون هستند.

انسولین هورمونی است که از لوزالمعده ترشح شده و در متابولیسم مواد قندی دخالت، و سبب تولید انرژی در بدن می شود. بسیاری از خانمهاییکه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک هستند، دارای مقادیر زیادی از انسولین در خون هستند، چون در مصرف کردن آن دچار مشکل می باشند.

بنظر می رسد انسولین زیادی سبب افزایش تولید هورمونهای مردانه می گردد. افزایش هورمونهای مردانه در خانمها سبب موارد زیر می شود: ریزش موی سر، رشد موهای زائد بدن، کلفت شدن صدا، بزرگ شدن کلیتوریس، افزایش وزن و ایجاد اختلال در تخمک گذاری

این علائم از فردی به فرد دیگر متغیر هستند، ولی عبارتند از

ناباروری: بعلت عدم تخمک گذاری این افراد مبتلا به ناباروری می شوند. یکی از شایعترین علت ناباروری در خانمها، سندرم تخمدان پلی کیستیک است

قطع عادت ماهیانه و یا عادات ماهیانه نامنظم

پر موئی، که در آن موی صورت، سینه، پشت و اندامها افزایش پیدا می کنند

کیستهای متعدد در تخمدانها

جوش صورت، پوست چرب و شوره سر

افزایش وزن و چاقی که بیشتر در ناحیه دور کمر است

ریزش موی سر و طاسی که در آن محل رویش مو در پیشانی، مثل مردان عقب نشینی کرده و حتی

ممکن است خانم مبتلا به طاسی شود

تکه هائی از پوست نواحی گردن، بازوها، سینه و کشاله ران تغییر رنگ داده و تیره می شوند

منگوله های پوستی بویژه در ناحیه گردن

درد در ناحیه لگن

اضطراب و افسردگی

تخمدانها محلی هستند که تخمک در آن تولید می شود. تخمدانها حاوی کیسه های ظریف پر از مایع می باشند که به آنها فولیکول یا کیست می گویند.

با رشد تخمک، مایع در داخل این فولیکولها تجمع می یابد. وقتی تخمک به حالت رسیدگی می رسد، فولیکول پاره شده تخمک آزاد می شود و از طریق لوله های رحمی وارد رحم می شود تا باروری احتمالی اتفاق بیفتد. این روند را تخمک گذاری می گویند.

در خانمی که مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است، تخمدانها هورمونهای لازم برای رسیدن تخمکها را تولید نمی کنند و در نتیجه تخمک گذاری اتفاق نمی افتد. در حقیقت بعضی از فولیکولهای بزرگ شده بعلت نترکیدن بصورت کیست باقی می مانند.

بعد از تخمک گذاری در خانمها تخمدانها شروع به ترشح هورمون پروژسترون می کنند، بنابراین وقتی تخمک گذاری نباشد، پروژسترونی نیز تولید نمی شود. فقدان هورمون پروژسترون سبب می شود که یا عادت ماهیانه قطع شده و یا اینکه آن نامنظم شود.

علاوه از آن، تخمدانها شروع به تولید مقادیر زیادی هورمونهای مردانه می کنند که آنها نیز سبب عدم تخمک گذاری می شوند

یک تست منفرد برای تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک وجود ندارد. پزشک شما ممکن است یک یا چند تا از آزمایشات زیر را انجام دهد تا بتواند مشکل شما را تشخیص دهد

تاریخچه پزشکی: پزشک از شما در مورد تغییرات عادت ماهیانه، علائمی که دارید و تغییر وزن احتمالی پرسش می کند

معاینه فیزیکی: پزشک شما را از نظر وجود علائم فوف الذکر معاینه می کند

آزمایشات خون: مهمترین قسمت تشخیص هستند که در آن آزمایشات بخصوص را پزشک برای شما

درخواست می کند

سونوگرافی که به راحتی کیست تخمدان را تشخیص می دهد

درمان قطعی برای آن وجود ندارد ولی باید بیمار درمانهای لازم را دریافت کند تا از عوارض بیماری

کاسته شود. نوع درمان به مقدار زیاد به خود بیمار نیز بستگی دارد، اینکه می خواهد حامله شود یا نه

و اینکه می خواهد شانس بیماری قلبی و دیابت را کاهش دهد یا نه؟ بسیاری از بیماران به مجموعه

ای از درمانها برای رسیدن به اهداف فوق نیازمند هستند

ایجاد تغییرات در روش زندگی: بسیاری از این بیماران چاق و دارای اضافه وزن هستند. بنابراین کاهش

وزن، استفاده کمتر از مواد قندی و استفاده بیشتر از سبزیجات و میوه جات کمک کننده می باشند

تجویز قرصهای ضد حاملگی: برای خانمهایی که نمی خواهند حامله شوند، تجویز قرصهای ضد

حاملگی سبب کنترل عادات ماهیانه، سبب کاهش هورمونهای مردانه و سبب بهبود جوش صورت و

بدن می شود. باید بخاطر داشته باشید که همینکه قرصها قطع شوند، دوباره عادات ماهیانه نامنظم

می شود. نوع قرص ضد حاملگی نیز مهم است

از بعضی از داروهای ضد دیابت نیز استفاده می شود. آنها میزان هورمونهای مردانه را کاهش داده و

سبب طبیعی شدن عادت ماهیانه می شوند.

منتهی استفاده از آنها باید حتما با نظر پزشک باشد. از داروهای ضد دیابت که قند خون را کاهش می

دهند نباید استفاده کرد

داروهای باروری: می توان برای کمک به باروری در خانمهاییکه می خواهند صاحب فرزند شوند از آنها

استفاده کرد

دروهای کاهش دهنده هورمون مردانه: گاهی لازم است برای جلوگیری از عوارض سوء هورمونهای

مردانه، از داروهاییکه تولید هورمونهای مردانه را کم می کنند استفاده کرد

گاهی برای رها شدن تخمکها و باردار شدن، توسط جراحی فولیکولها را سوراخ می کنند



REFERENCE

- FSH and LH. (n.d.). *University of California, Berkeley*. Retrieved on May 29, 2012, from <http://mcb.berkeley.edu>
- Gonadotropins. (n.d.) *Colorado State University*. Retrieved on May 29, 2012, from <http://www.vivo.colostate.edu>
- Klinefelter syndrome. (n.d.). *Genetics Home Reference*. Retrieved on June 1, 2012, from <http://ghr.nlm.nih.gov>

POF

نارسایی زودرس تخمدان

از کار افتادگی زودرس تخمدانها(بائستگی زودهنگام) به از دست رفتن کارکرد تخمدانها پیش از ۴۰ سالگی گفته می‌شود. در این حالت، دوره‌ی ماهانه متوقف می‌شود و مقدار هورمون استروژن کاهش و افزایش می‌یابد. یک تا ۴ درصد از جمعیت زنان به این (FSH)مقدار هورمون تحریک‌کننده‌ی فولیکولها بیماری دچار می‌شوند و نازایی از پی‌آمدهای آن است

به طور معمول دخترها با تخمدان‌هایی به دنیا می‌آیند که مقدار کافی از تخمک‌های نارس را در خود دارند. از زمان بلوغ تا ۵۰ سالگی هر ماه یک تخمک از یکی از تخمدانها آزاد می‌شود تا این که اندوخته‌ی تخمک‌ها به پایان می‌رسد و یائستگی رخ می‌دهد. اما در دختران و زنان جوانی که به بیماری از کارافتادگی پیش‌رس تخمدانها دچار شده‌اند، تخمک‌ها به روزگار جوانی از دست می‌روند یا دچار نارسایی می‌شوند. در نتیجه، بیمار جوان دچار یائستگی زودهنگام می‌شود. این یائستگی زودهنگام، به طور معمول در ۴۰ سالگی رخ می‌دهد، اما ممکن است حتی به روزگار نوجوانی نیز خود را نشان دهد

نشانه‌ها

زنان مبتلا به یائستگی زودهنگام دوره‌ی ماهانه‌ی خود را از دست می‌دهند. گاهی ممکن است دوره‌ی ماهانه‌ی آنها برای چند هفته عادی باشد اما چند ماه دیگر از بین برود. این زنان ممکن است دچار گرگرفتگی و عرق شبانه شوند. همچنین، ممکن است قاعدگی و گرگرفتگی با هم وجود داشته باشد. نشانه‌های دیگر عبارتند از: بی‌خوابی، بی‌حوصلگی، خشکی مهبل، خستگی، میل جنسی پایین، نزدیکی دردناک و نارسایی درمهار ادرار

عوامل پدیدآورنده

در بسیاری از موارد عوامل پدیدآورنده این بیماری روشن نیست. اما در برخی از زنان می‌توان به علت پدیدآورنده پی برد. برخی از آنها عبارتند از

- ✓ کروموزومی/ژنتیکی (نشانگان ترنر، نشانگان سوایر، نشانگان ایکس شکننده، نشانگان عدم حساسیت به آندروژن، وراثت خانوادگی)
- ✓ آنزیمی/متابولیک (گالاکتوزومی، تالاسمی، هماکروماتوزومی شیمی‌درمانی/پرتودرمانی)
 - ✓ برداشتن تخمدان‌ها با جراحی
 - ✓ عفونت ویروسی
 - ✓ (FSH و LH) ترشح غیرعادی یا کارکرد نادرست گنادوتروپین‌ها
- ✓ بیماری‌های خودایمنی (نارسایی تیروئید، کم‌کاری پاراتیروئید، آرتریت رماتیسمی، دیابت، کم‌خونی کشنده، نارسایی غده‌های فوق‌کلیه، کاهش بیش از اندازه‌ی ترومبوسیت‌ها، برص، لوپوس)

تشخیص

اگر چرخه‌ی ماهانه‌ی دختر یا زن جوانی متوقف شود یا گرگرفتگی شدید داشته باشد، باید خیلی زود پزشک خود را ببیند. از کارافتادگی پیش‌رس تخمدان‌ها یک نارسایی هورمونی است و ممکن است پی‌آمدهای ناگواری برای سلامتی داشته باشد. او باید پزشک خود را از وضعیت چرخه‌ی ماهانه، نشانه‌هایی مانند گرگرفتگی و این که آیا جراحی تخمدان، پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی داشته یا نه، آگاه سازد

پی‌آمدها

از کارافتادن تخمدان‌ها خطر پوکی استخوان و بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد. این بیماری گاهی با نارسایی‌های خودایمنی

(مانند نارسایی تیروئید، دیابت یا نارسایی غده‌های فوق کلیه) نیز مرتبط می‌شود و ممکن است بیمار به چون در این بیماری تخمک‌ها از دست می‌روند، نازایی پی‌آمد. درمان‌های دیگری هم نیاز داشته باشد اصلی این بیماری است و برخی از زنان حتی پیش از آن که برای بچه‌دار شدن تصمیم بگیرند، ممکن است برای همیشه این توانایی را از دست بدهند. فقط ۶ تا ۸ درصد زنان مبتلا به یائسگی زود هنگام، باردار می‌شوند. هیچ راهی برای تشخیص این دسته از زنان وجود ندارد

درمان

به طور کلی این بیماری را به هورمون درمان می‌کنند. هورمون‌درمانی با مقداری بیش از آن چه که برای زنان یائسه تجویز می‌شود، انجام می‌گیرد. درمان با مقدار پایین آغاز می‌شود و مقدار هورمون به تدریج افزایش می‌یابد. به طور معمول هورمون استروژن و پروژسترون و گاهی تستوسترون به کار می‌رود گاهی قرص‌های ضدبارداری بر هورمون‌درمانی ترجیح داده می‌شود. برنامه‌ی غذایی مناسب، ورزش منظم نیز سودمند است

تا کنون برای درمان نازایی این زنان راهی وجود ندارد و فقط می‌توان از تخمک زن‌های دیگر بهره برد



REFERENCE

- Akahoshi, M. Soda, M., Nakashima, E., Tominaga, T., Ichimaru, S. Seto, S., Yano, K. (2002, July 26). The effects of body mass index on age at menopause. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 26 (7): 961-8. Retrieved Sept. 19, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- He, C., Kraft, P., Chasman, D., Chen, C., Hankinson, S., Pare, G., Chanock, S., Ridker, P., Hunter, D. (2010, November). A large-scale candidate-gene association study of age at menarche and age at natural menopause. *Human*

Genetics, 128 (5): 515-27. Retrieved Sept. 19, 2012,

from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Klein, P., Serie, A., Pezzullo, J. (2001, December). Premature ovarian failure in women with epilepsy. *Epilepsia*, 42 (12) 1584-9. Retrieved Sept. 19, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Menopause. (2011, July 23). *Mayo Clinic*. Retrieved Sept. 19, 2012, from <http://www.mayoclinic.com>
- Menopause. (2012, April). *National Institute on Aging*. Retrieved Sept. 19, 2012, from