

کتاب ریسک فاکتورهای بیماریهای زنان

تنظیم کننده رضاپوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

در این کتاب سعی شده است مهم ترین اختلالات شایع در علم ژینکولوژی بیماری های زنان شرح داده شود امیدوارم این اطلاعات جهت سلامت زنان و مادران جامعه مفید باشد

فصل اول بارداری دوقلویی

از هر ۱۰۰ حاملگی، حدود ۳ حاملگی چند قلو هستند که میزان دوقلویی بیشتر از چند قلویی می باشد. مادرانی که دو قلو باردار هستند، معمولاً مشکلاتی مانند تهوع و استفراغ و ترش کردن غذا را بیشتر از سایر مادران تجربه می کنند.

بسیاری از مادران به دلیل ارثی که در خانواده شان و یا خانواده همسرشان وجود دارد، دوقلو و یا چندقلو باردار می شوند، اما برخی دیگر به علت درمان ناباروری، ممکن است حاملگی چند قلو را تجربه کنند.

دو قلو بودن جنین ها چگونه تشخیص داده می شود؟
در ماه های اول که هنوز سونوگرافی برای مادر انجام نگرفته است، معمولاً پزشک با تشخیص اندازه رحم مادر که بزرگ تر از حد طبیعی است و یا با تشخیص ضربان قلب بیش از یک جنین، می تواند احتمال دو قلویی را بدهد. اما با انجام سونوگرافی، دوقلویی کاملاً مشخص می شود.

مادرانی که دو قلو باردار هستند، معمولاً مشکلاتی مانند تهوع و استفراغ و ترش کردن غذا را بیشتر از سایر مادران تجربه می کنند.

عوارض احتمالی دو قلوزایی

۱- زایمان زودرس: یکی از عوارض جدی که سلامت دو قلوها را تهدید می کند، زایمان بیش از موعد می باشد. دو جنین به علت رشد در ماه های آخر و اعمال فشار به رحم مادر، درد ایجاد می کنند و ممکن است زمان زایمان جلو بیفتد.

۲- ناراحتی های تنفسی نوزاد: یکی از مشکلاتی که پس از زایمان زودرس برای نوزادان دوقلو ایجاد می شود، نارس بودن ریه ها می باشد که در نتیجه، دو قلوها به ناراحتی های تنفسی مبتلا می شوند و باید برای تکامل ریه ها، مدتی را در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان نگهداری شوند.

۲- وزن کم نوزاد هنگام تولد
مصرف قرص اسید فولیک برای تمام مادران باردار الزامی است. اسید فولیک به رشد بافت عصبی نوزادان کمک زیادی می کند
۴- فشار خون بالا: مادرانی که دو قلو باردار هستند، باید به طور بسیار منظم در دوران بارداری خود تحت مراقبت پزشک متخصص زنان قرار داشته باشند و فشار خون آنها بررسی شود تا در صورت بالا بودن، اقدامات درمانی برایشان انجام گیرد.

۵- دیابت بارداری: دیابت بارداری در مادرانی که دو قلو باردار هستند، بسیار شایع تر از بقیه مادران می باشد. باید قند خون این مادران به طور مرتب کنترل شود تا در صورت مشاهده هر گونه علامت غیرطبیعی، درمان برایشان انجام گیرد.

۶- احتمال کم زایمان طبیعی در دو قلو زایی: اگر امکان انجام زایمان طبیعی برای مادر وجود نداشته نباشد، باید به روش سزارین نوزاد را به دنیا آورد.
سزارین تنها در شرایط خاصی توصیه می شود. یکی از این شرایط، دو قلو زایی و یا چند قلو زایی می باشد. موارد بسیار کمی از نوزادان دو قلو گزارش شده است که با زایمان طبیعی به دنیا آمده باشند.

مسائل مربوط به بارداری دوقلویی
۱- مادرانی که دو قلو حامله هستند، باید بدانند که به مقدار زیادی کالری در روز نیازمندند.

۲- احتمال تولد نوزادان کم خون در طی حاملگی های دو قلوئی بیشتر است. بنابراین به مادرانی که دوقلو حامله هستند، توصیه می شود هم از مواد غذایی سرشار از آهن در طی دوران بارداری استفاده کنند و هم قرص آهن را طبق تجویز پزشک مصرف نمایند.

۳- اضافه شدن وزن مادر در دوران بارداری، امری طبیعی است. واضح است که این میزان افزایش وزن در مادرانی که دو قلو باردار هستند، بیشتر است.

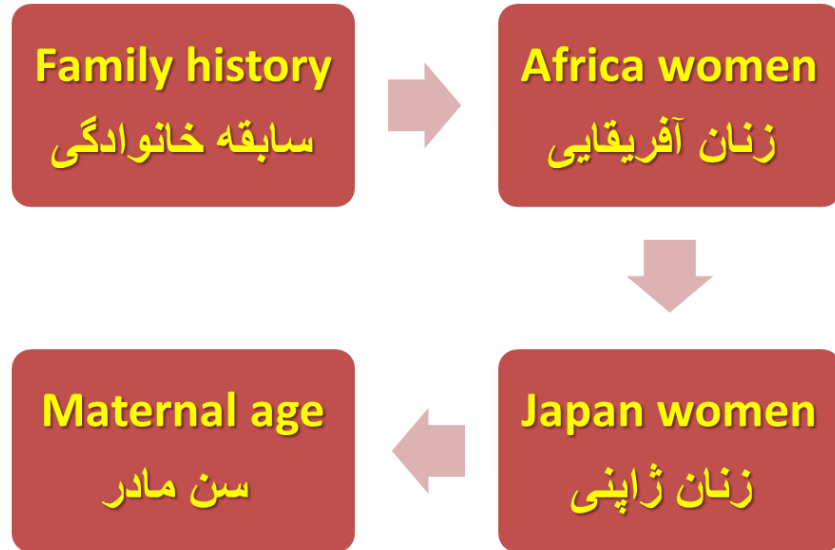
۴- مصرف قرص اسید فولیک برای تمام مادران باردار الزامی است. اسید فولیک به رشد بافت عصبی نوزادان کمک زیادی می کند و در صورت عدم دریافت اسید فولیک کافی در دوران بارداری، احتمال به دنیا آمدن نوزادان با مشکلات عصبی زیاد می شود.

ویار بارداری در طی حاملگی های دوقلوپی تشدید می شود، زیرا میزان هورمون های بدن مادر در اوایل حاملگی، به شدت افزایش پیدا می کند -۵ پس از به دنیا نوزادان دو قلوئی خود هم باید از رژیم غذایی مناسبی پیروی کنید تا به مقدار کافی شیر داشته باشید و کمتر از شیر خشک استفاده کنید.

۶- هر چند وقت یک بار به طور منظم تحت معاینه پزشک متخصص زنان قرار بگیرید تا در صورت بروز مشکلاتی، سریع تشخیص داده شود. همچنین در طی این ویزیت ها، ص روند رشد نوزادان و سلامت آنها بررسی شود.

۷- ویار بارداری در طی حاملگی های دوقلوپی تشدید می شود، زیرا میزان هورمون های بدن مادر در اوایل حاملگی، به شدت افزایش پیدا می کند. بنابراین مادر باید راهکارهای مناسبی را برای غلبه بر ویار حاملگی رعایت کند

ریسک فاکتور بارداری دو قلو



فصل دوم حاملگی خارج از رحم

خطرات ناشی از حاملگی خارج رحمی برای جان مادر از خطر حاملگی های معمولی یا حتی حاملگی هایی که منجر به سقط جنین می شود، بیشتر است. بنابراین، تشخیص زودرس این نوع حاملگی میزان بقای مادر و احتمال حفظ قدرت باروری وی را افزایش می دهد.

حاملگی های نابه جا بیشتر از همه در لوله های رحمی، سپس در تخمدان و شکم و دهانه رحم رخ می دهند هر چند که موارد نادری از این نوع حاملگی در سایر قسمت های بدن نظیر طحال مشاهده شده است.

طیفی از عوامل مختلف می توانند در ایجاد حاملگی های نابه جا دخیل باشند. مواردی چون: عفونت های لوله رحمی که باعث تنگی لوله رحمی و کاهش حرکت مژه های مخاط رحمی می شوند و در نتیجه، لانه گزینی تخم لقاح یافته در لوله رحمی اتفاق می افتد، همچنین چسبندگی های اطراف لوله رحمی به دنبال عفونت بعد از زایمان یا سقط، آپاندیسیت و... که باعث تنگ شدن لوله رحمی می شوند و نیز سزارین که باعث افزایش احتمال نابه جا در زایمان های بعدی می شود.

پس از يك بار حاملگی نابه جا شانس حاملگی نابه جا بعدی ۱۵ تا ۷ درصد است. همچنین، مصرف قرص های جلوگیری از بارداری نوع پروژسترونی، استفاده از آی یو دی، استعمال دخانیات، برخی از تومورهای رحمی نظیر لیومیومها، جراحی قبلی لگنی یا شکمی و... نیز از عواملی هستند که شانس حاملگی خارج رحمی را افزایش می دهند. از موارد جالب توجه دیگر، بروز بیشتر این عارضه در زنانغیر سفید پوست نسبت به زنان سفید پوست در تمام گروه های سنی است.

حاملگی در لوله‌های رحم:

یکی از نقاط غیر معمول برای لانه‌گزینی، لوله‌های رحم هستند. تخمک لقاح یافته در هر بخشی از لوله‌های رحمی می‌تواند لانه‌گزینی کند. این نوع حاملگی در بیشتر موارد خود را با علامت درد لگنی و شکمی نشان می‌دهد. خونریزی‌های غیر طبیعی رحمی، عدم قاعدگی و حساسیت شکمی از دیگر علائم این نوع حاملگی هستند. در حاملگی لوله‌ای، درد، گاهی در تمام بخش‌های شکم و گاهی فقط در بخش تحتانی شکم به صورت یک طرفه وجود دارد و اگر خونریزی وسیع داخل شکمی و در نهایت تحریک دیافراگم صورت گیرد آنگاه درد زیر دیافراگم یا درد ناحیه شانه نیز احساس می‌شود. خونریزی ناشی از این نوع حاملگی اصولاً کم و به رنگ قهوه‌ای تیره است.

اگر این نوع حاملگی به موقع تشخیص داده نشود احتمال دارد سبب پارگی لوله رحمی شود. در اکثر موارد این پارگی به طور خود به خودی رخ می‌دهد، اما ضربه‌های ناشی از معاینه و... هم ممکن است باعث پارگی شوند. با پاره شدن حاملگی لوله‌ای، خونریزی و به دنبال آن علائم شوک ایجاد می‌شود و در اکثر موارد، مرگ جنین هم رخ می‌دهد. تشخیص این نوع حاملگی اصولاً از روی علائم بالینی، تست آزمایشگاهی، سونوگرافی، کورتاژ، لاپاراتومی (جراحی شکم و ورود به لگن) و لاپاراسکوپ (مشاهده اجزای داخل شکمی و لگنی به وسیله دستگاه لاپاراسکوپ) انجام می‌شود.

حاملگی شکمی

حاملگی‌های شکمی اصولاً به دنبال پارگی حاملگی‌های لوله‌ای ایجاد می‌شوند که در بیشتر موارد جنین زنده نمی‌ماند. در حاملگی شکمی، جنین در حفره شکم در کنار روده‌ها قرار می‌گیرد و بیمار از علائمی مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم، اسهال، درد شکمی و یبوست شاکی است. در این حاملگی، جنین از روی شکم به آسانی قابل لمس است. اختصاصی‌ترین و دقیق‌ترین راه تشخیص حاملگی شکمی MRI است.

حاملگی دهانه رحم
در گذشته، حاملگی های داخل دهانه رحم بسیار نادر بودند اما امروز به دلیل استفاده گسترده از روش های کمک باروری نظیر لقاح آزمایشگاهی (آی وی اف) شیوع آن افزایش پیدا کرده است. این نوع حاملگی ها به ندرت از هفته بیستم بارداری عبور می کنند، چرا که اصولاً به دلیل ایجاد عوارضی چون خونریزی، ختم حاملگی ضرورت می یابد. خونریزی های بدون درد در بیشتر موارد اولین علامت این حاملگی هستند و به دلیل خطرات ناشی از خونریزی کنترل نشده روش های غیر جراحی برای درمان حاملگی های دهانه رحم استفاده می شوند.

حاملگی تخمدانی
لانه گزینی جنین داخل تخمدان به ندرت اتفاق می افتد. علایم این حاملگی شبیه علایم حاملگی لوله ای است و تشخیص آن توسط سونوگرافی صورت می گیرد و درمان این حاملگی به روش جراحی است.

حاملگی نابجای هتروتیپیک
هرگاه حاملگی لوله ای با یک حاملگی داخل رحمی همراه شود به آن حاملگی نابه جای هتروتیپیک گویند. تشخیص این نوع حاملگی بسیار دشوار است و امروز به دلیل استفاده فراوان روش های کمک باروری، پزشکان با افزایش شیوع آن مواجه شده اند. انواع دیگری از حاملگی هتروتیپیک گزارش شده است از جمله حاملگی هتروتیپیک دهانه رحم و تخمدان.

حاملگی نابجای چند جنینی
ممکن است دو جنین داخل یک لوله و یا یک جنین در یک لوله و جنین بعدی در لوله دیگر مسبب ایجاد حاملگی نابجای چند جنینی شوند که البته این مورد بسیار نادر است.

حاملگی خارج از رحم موجب نازایی نمی‌شود و با درمان بموقع ، مادر می‌تواند بارداری طبیعی داشته باشد
بارداری خارج از رحم ، قابل درمان با تشخیص بهنگام
جام جم آنلاین: حاملگی خارج از رحم اصطلاحی است که حتماً آن را شنیده‌اید. این مشکل باید با سرعت تشخیص داده شود تا عوارض ناشی از آن کاهش یابد. این وضعیت گاه می‌تواند تا جایی پیش رود که باعث مرگ مادر نیز شود اما نگران نشوید. به جای نگرانی و دلهره علائم این مشکل را شناخته و مراجعه به پزشک متخصص را نادیده نگیرید.
دکتر الهه ثناگو ، جراح و متخصص زنان و زایمان در این باره به جام جم می‌گوید: شایع‌ترین محلی که حاملگی خارج از رحم رخ می‌دهد ، لوله‌های رحمی است. البته احتمال دارد حاملگی در قسمت‌های دیگر بدن مانند درون تخمدان، در دهانه رحم یا حتی درون حفره شکمی نیز رخ دهد.
افراد مستعد حاملگی خارج رحمی

این پزشک متخصص به مواردی که احتمال بروز چنین مشکلی را افزایش می‌دهد، اشاره کرده و می‌افزاید: هر عاملی که منجر به چسبندگی‌های شکمی و لگنی یا درگیری التهابی داخل لوله‌های رحمی شود، می‌تواند احتمال حاملگی خارج از رحم را افزایش دهد؛ مثل افرادی که سابقه جراحی روی لوله‌های رحمی یا جراحی‌های شکمی مانند جراحی آپاندیس، کیست تخمدان یا سزارین داشته باشند. البته سابقه جراحی قبلی حاملگی خارج از رحم نیز عامل مهمی در این رابطه است.
وی ادامه می‌دهد: سابقه عفونت‌های دستگاه تناسلی که منجر به درگیری لوله‌های رحمی و چسبندگی‌های درون لوله شده باشد نیز از جمله عواملی است که خطر حاملگی خارج از رحم را افزایش می‌دهد. سیگار کشیدن، سابقه سقط‌های مکرر قبلی، سابقه نازایی و حاملگی‌هایی که با روش‌های آزمایشگاهی مثل IVF ایجاد شده باشند نیز از دیگر علل افزایش خطر هستند. همچنین اگر خانمی بعد از بستن لوله‌های رحمی

یا با وجود مصرف قرص‌های هورومونی ضدبارداری باردار شود
احتمال بارداری خارج از رحم را دارد.
نشانه‌های حاملگی خارج از

رحم

دکتر ثناگو در رابطه با علائم بروز این مشکل توضیح می‌دهد:
تاخیر قاعدگی همراه با دردهای شکمی و لکه‌بینی از مهم‌ترین
علائم بارداری خارج از رحم است. افرادی که چنین شرایطی را
تجربه می‌کنند حتما باید از نظر احتمال بروز حاملگی خارج از
رحم بررسی شوند بخصوص اگر در گروه‌های پرخطر ذکر شده
نیز قرار داشته باشند.

این متخصص زنان و زایمان در مورد روش تشخیص این مشکل
می‌گوید: سونوگرافی داخل رحمی اولین روش تشخیصی است
که برای دیدن جنین داخل رحم باید استفاده شود. البته
روش‌های آزمایشگاهی خاصی نیز در این زمینه وجود دارد.
وی به اهمیت تشخیص بموقع حاملگی خارج از رحم اشاره کرده
و یادآور می‌شود: چنانچه حاملگی خارج از رحم بموقع تشخیص
داده شود، بر حسب مورد با استفاده از روش‌های دارویی یا
جراحی قابل درمان است. اما در صورتی که مشکل دیر
مشخص شود، احتمال پارگی لوله، خونریزی شدید یا حتی خطر
مرگ مادر را به همراه دارد.
پیشگیری

دکتر ثناگو با ذکر این نکته که برای این مشکل راه خاصی جهت
پیشگیری وجود ندارد، می‌افزاید: با وجود این به تمام خانم‌هایی
که در سنین باروری ۱۵ تا ۲۵ سال هستند، توصیه می‌شود
بلافاصله پس از عقب افتادن قاعدگی به پزشک متخصص
مراجعه کنند؛ بخصوص زمانی که دیگر علائم مانند درد شکم یا
خونریزی هم داشته یا در گروه افراد پرخطر باشند.
وی با توجه به این‌که گاهی ممکن است خود فرد متوجه بروز
چنین مشکلی نشود و هیچ نشانه خاصی وجود نداشته باشد،
توصیه می‌کند: افراد باید تاخیر در قاعدگی را جدی گرفته و در
چنین شرایطی به پزشک متخصص مراجعه کنند. البته به طور

معمول زمانی که قاعدگی بیشتر از ۱۰ روز عقب بیفتد، حتما باید از نظر بارداری آزمایشات لازم صورت گیرد، اما افرادی که مشکلاتی نظیر تبلی تخمدان داشته و قاعدگی مرتبی ندارند، همیشه باید تحت نظر پزشک بوده تا بررسی‌های لازم انجام شود.

در نتیجه، پزشک متخصص تنها کسی است که با آزمایشات لازم می‌تواند بروز حاملگی خارج از رحم را تشخیص و اقدامات درمانی را انجام دهد.

حاملگی خارج از رحم و زایمان‌های بعدی شاید اگر شما هم تجربه حاملگی خارج از رحم را داشته باشید، نگران زایمان‌های بعدی خود باشید. گاهی حتی خانم‌ها تصور می‌کنند حاملگی خارج از رحم منجر به نازایی شده و آنها دیگر شانس مادر شدن را نخواهند داشت.

دکتر ثناگو در این باره توضیح می‌دهد: با تشخیص بموقع و قبل از پارگی لوله‌ها می‌توانیم درمان‌های لازم را انجام دهیم و عوارض و مشکلاتی را که ممکن است در آینده به وجود بیاید، کاهش دهیم. بنابراین حاملگی خارج از رحم در صورت تشخیص بموقع عوارض بعدی برای بیمار ایجاد نکرده و او می‌تواند بارداری معمول داخل رحمی داشته باشد.

وی می‌افزاید: در هر صورت کسی که یک بار این شرایط را داشته است، نسبت به سایر خانم‌ها احتمال بیشتری دارد که باز هم حاملگی خارج از رحم داشته باشد. در جامعه کلی یک درصد از خانم‌ها در معرض چنین مشکلی هستند. ولی کسی که یک بار حاملگی خارج از رحم داشته است، ۲ تا ۵ برابر بیشتر احتمال دارد دوباره این شرایط را تجربه کند.

بنابراین در صورت بروز نشانه‌ها و علائم، مراجعه به پزشک متخصص را فراموش نکنید و از آن غافل نشوید.

درد یک طرف ناحیه شکم

این درد ممکن است مداوم و شدید باشد ولی در آن سمتی از شکم که حاملگی اکتوپیک رخ داده نباشد.

درد بالای ناحیه شانه

این ممکن است بعلت خونریزی داخلی که دایافراگم را تحریک کرده است رخ دهد.

تست حاملگی

ممکن است نتیجه این تست مثبت باشد ولی نه در همه شرایط. بعضی مواقع آزمایشات خونی ویژه برای تایید این وضعیت لازم هستند.

خونریزی غیر طبیعی

زنی که این وضعیت را تجربه می کند ممکن است خود نداند که حامله است هر چند ممکن است در حال تجربه یک دوره غیر معمولی باشد. او ممکن است یک کویل در رحم خود نصب کرده باشد. خونریزی ممکن است شدیدتر یا خفیف تر از معمول و طولانی تر باشد. برخلاف دوره قاعدگی، این خونریزی سیاه تر و روانتر است و بعضی اوقات می توان آن را شبیه "آب آلو" توصیف کرد.

دوره قاعدگی که رخ نداده و یا به تاخیر افتاده است

وضعیت حاملگی ممکن است احساس شود و علائم حاملگی تجربه شود مانند حالت تهوع، درد سینه و شکم برآمده ولی بدون آنکه خونریزی رخ دهد.

مشکلات مثانه و روده

احساس درد موقع جابجایی روده ها و یا توالت رفتن

غش کردن

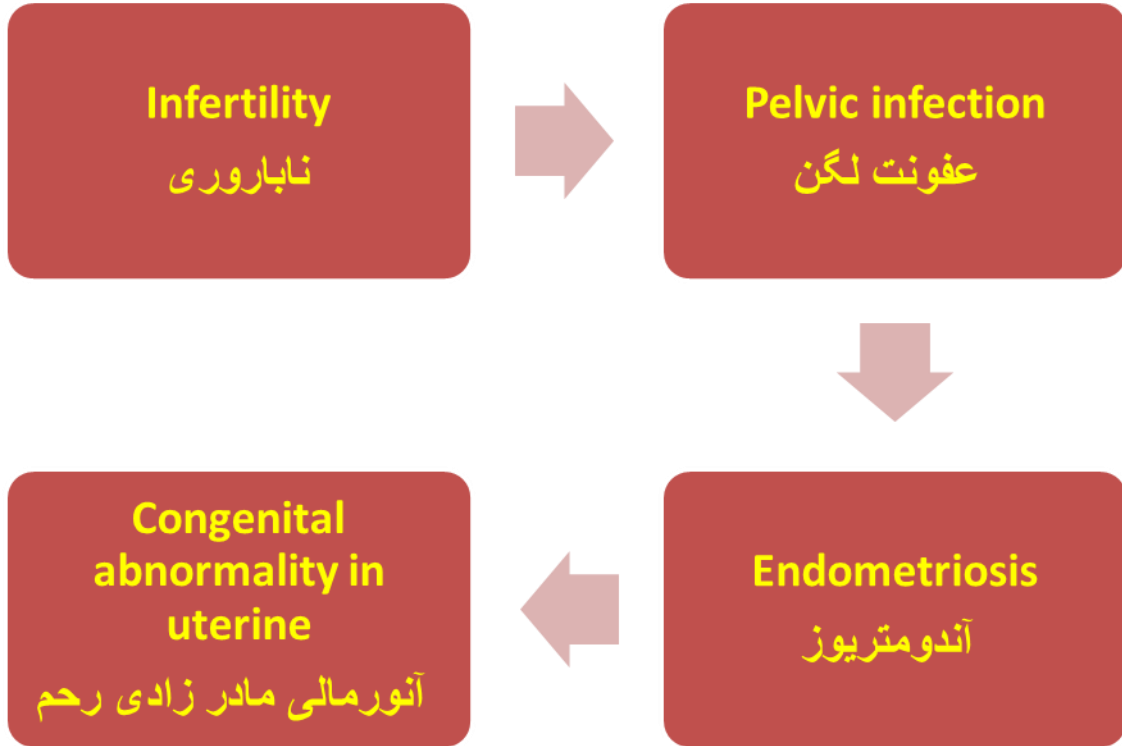
ممکن است فرد احساس سرگیجه یا ضعف کند و در بسیاری اوقات این حالت با حس اینکه در بدن چیزی بشدت خراب کار می کند همراه است. علائم دیگری که ممکن است رخ دهند رنگ باختگی، افزایش ضربان نبض، حس بیماری، اسهال و پایین آمدن فشار خون هستند.

چگونه باید از پس آن برآمد؟

اگر شک به داشتن حاملگی اکتوپیک می کنید باید به بیمارستان بروید. در آنجا باید سونوگرافی و تست حاملگی صورت گیرد. اگر سونوگرافی رحم خالی را نشان بدهد ولی نتیجه تست حاملگی مثبت باشد در آنصورت امکان حاملگی اکتوپیک وجود دارد هرچند که ممکن است این حاملگی در مراحل اولیه باشد و یا سقط رخ داده باشد. بهترین نوع سونوگرافی از طریق شیاف نیشتر سونوگرافی در واژن صورت می گیرد، هر چند که همیشه این نوع سونوگرافی هم نمی تواند حاملگی اکتوپیک را تشخیص دهد. اگر زنی که تحت معاینه است از وضع مزاجی خوبی برخوردار است و درد شدید احساس نمی کند، در آنصورت ممکن است وضعیت او را بتوان با انجام آزمایش هورمونی خون که بطور مکرر طی دو تا سه روز انجام می شود بررسی کرد تا دریافت که آیا حاملگی اکتوپیک رخ داده یا نه. اگر احتمال قوی داده می شود که حاملگی اکتوپیک ممکن است رخ داده باشد و یا وضعیت جسمی زن وخیم شود در آنصورت با استفاده از تکنیکی بنام لاپروسکوپی می توان درون لوله فالوپ را بررسی کرد. اگر نتیجه این معاینه قطعی باشد در آنصورت باید از طریق

جراحی در ناحیه شکم نطفه اکتوپیک را در آورد و با تزریق خون،
آن خونی را که از دست رفته است جبران کرد.

ریسک فاکتور بارداری شکمی



فصل سوم دیابت بارداری

تعریف

دیابت بارداری به شرایطی گفته می شود که افزایش سطح گلوکز خون برای اولین بار در طی دوره بارداری تشخیص داده می شود. دیابت بارداری ، تقریباً در ۴٪ از بارداری ها بروز می کند. علت دقیق دیابت بارداری مشخص نیست ولی وجود برخی سرنخها شما در تشخیص زودرس این بیماری کمک می نماید. با توجه به عوارضی که دیابت برای جنین و نیز مادر باردار می تواند داشته باشد ، پیشگیری و کنترل دیابت در طی دوران بارداری ضروری می باشد.

علل

تقریباً در اکثر زنان به دلیل تغییرات هورمونی ای که در طی بارداری ایجاد می گردد درجاتی از اختلال در عدم تحمل گلوکز مشاهده می گردد. بدین معنا که سطح گلوکز خون آنها افزایش می یابد ولی به اندازه ای افزایش نمی یابد که بتوان آن را بیماری دیابت در نظر گرفت. در طی ۳ ماهه سوم بارداری تغییرات هورمونی مذکور، زن باردار را در خطر ابتلا به دیابت بارداری قرار می دهد. در طی بارداری افزایش یک سری از هورمون های مترشح از جفت (جفت : اندام ارتباطی ای در ناحیه ناف نوزاد می باشد که مشابه یک ریسمان نوزاد را به رحم مادر متصل می کند) به انتقال مواد غذایی از مادر به جنین و در نتیجه به پیشرفت رشد جنین کمک می کنند. بخش دیگری از هورمون هایی که در جفت تولید می شوند در جهت پیشگیری از افت قندخون مادر ، عمل می کنند و این دسته از هورمونها به وسیله متوقف کردن عملکرد انسولین ، عمل می کنند. لذا در طی بارداری این هورمونها زمینه اختلال عدم تحمل گلوکز (افزایش سطح گلوکز خون) را فراهم می کنند.

در مقابل، بدن شما برای جلوگیری از افزایش قند خون مجبور خواهد بود انسولین بیشتری ترشح نماید تا گلوکز به درون سلول ها منتقل شوند و برای تولید انرژی در اختیار سلولهای بدن شما قرار گیرند. سلولهای موجود در لوزالمعده مادران، اغلب توانایی تولید انسولین بیشتر (در حدود ۳ برابر حد نرمال) را برای غلبه بر اثر هورمونهای بارداری بر قند خون

دارند. اگر چنانچه لوزالمعده نتواند انسولین را به میزان کافی (برای غلبه بر اثر هورمونهای افزایش دهنده قند خون) ترشح کند، میزان قند خون افزایش می یابد و در نهایت منجر به بروز دیابت بارداری می گردد.

عوارض

دیابت می تواند برای روی رشد و نمو جنین در طی بارداری اثر داشته باشد. در اوایل بارداری ، دیابت مادر می تواند منجر به نقص های مادرزادی و افزایش خطر سقط جنین گردد. بسیاری از نواقص مادرزادی اثرات نامطلوبی را بر ارگان های مهم بدن مانند مغز و قلب دارند. در طی سه ماهه دوم و سه ماهه سوم بارداری ، دیابت مادر می تواند منجر به تغذیه بیش از حد و رشد زیاد از حد کودک گردد. داشتن نوزاد بزرگ و با وزن بالا خطر زایمان های پردرد و سخت را افزایش می دهد. برای مثال نوزاد های بزرگ اغلب برای تولد نیاز به عمل سزارین دارند و اگر به طور طبیعی متولد شوند خطر آسیب به ناحیه شانه آنها وجود دارد و وزن بالای نوزاد همچنین تاخیر در زمان زایمان و خطرات کمبود اکسیژن مغز نوزاد را باعث می شود. به علاوه وقتی جنین بیش از حد تغذیه گردد و در نتیجه به دنبال آن سطوح انسولین خونش افزایش یابد، پس از زایمان، احتمال افت شدید قند خون در نوزاد وجود دارد، چرا که دیگر آن مقادیر بالای قند خون را از خون مادر دریافت نخواهد کرد. با توجه به عوارض فوق بهترین اقدام پیشگیری از وقوع دیابت بارداری است. ولی اگر به هر دلیل مبتلا به دیابت بارداری شدید، با یک درمان مناسب می توانید علی رغم ابتلا به دیابت، یک نوزاد سالم به دنیا بیاورید.

افراد در معرض خطر

عوامل زیر خطر ابتلا به دیابت بارداری در طی دوره بارداری را افزایش می دهند:

- داشتن اضافه وزن قبل از بارداری (اگر چنانچه وزنشان از وزن ایده آل ۲۰% و یا بیشتر ، بالاتر است)
- اگر از نژاد ها و اقوامی با خطر بالا برای ابتلا به دیابت هستید (برای مثال: در آمریکا سیاه پوستان، یا در کشور ما اقوامی که میزان بارداری در آنان بیشتر است یا هموطنان یزدی و...)
- وجود قند در ادرار.
- اختلال تحمل گلوکز و اختلال در گلوکز ناشتا (در این شرایط سطوح گلوکز خون بالا است ولی به حدی بالا نیست که بتوان آن را دیابت در نظر گرفت. به این حالت مرحله قبل از دیابت گفته می شود)

- سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت (اگر مادر و پدر یا برادر و خواهر شما دیابت داشته باشند).
- سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ کیلوگرم در گذشته.
- سابقه تولد نوزاده مرده در گذشته.
- سابقه ابتلا به دیابت بارداری در بارداری گذشته میزان خطر دیابت بارداری را در دفعه بعد ۲-۳ برابر می نماید.
- داشتن مایع آمنیوتیک بیش از حد (شرایطی که پلی هیدرآمینوس نامیده می شود)

بسیاری از زنانی که دیابت بارداری در آنان توسعه می یابد هیچ یک از ریسک فاکتورهای شناخته شده ابتلا به دیابت بارداری را ندارند.

تشخیص

زنانی که در معرض خطر دیابت بارداری هستند باید هرچه سریع تر به منظور شناخت دیابت بارداری در طی دوران بارداری، غربالگری گردند. و تمام زنان دیگر نیز می بایست در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری به منظور بررسی دیابت بارداری غربالگری گردند.

به منظور غربالگری دیابت، یک تست به نام تست تحمل گلوکز خوراکی انجام خواهد گرفت. این تست شامل نوشیدن سریع یک نوشیدنی شیرین که شامل ۵۰ گرم گلوکز است، می باشد. بدن این گلوکز را به سرعت جذب می کند که موجب افزایش سطوح گلوکز خون در طی ۳۰-۶۰ دقیقه می گردد. یک ساعت پس از نوشیدن محلول شیرین، یک نمونه خون از رگی در بازوی شما گرفته خواهد شد. نمونه خون نشان می دهد که چه میزان از محلول قندی متابولیزه شده است. (توسط بدن فرآوری شده است)

سطوح گلوکز خون برابر و یا بیشتر از ۱۴۰ میلی گرم/دسی لیتر به عنوان مقادیر غیر طبیعی و نامناسب در نظر گرفته می شوند. اگر جواب تست خون شما برای تحمل گلوکز خوراکی نامناسب باشد تست دیگری پس از ۸-۱۰ ساعت ناشتایی در شما (تست قند خون ناشتا) انجام خواهد گرفت.

با توجه به عوارضی که دیابت بارداری می تواند به همراه داشته باشد، در زنان با خطر بالای ابتلاء به دیابت بارداری، به دنبال مشاهده نتایج طبیعی یک تست غربالگری، به منظور تایید تشخیص یک تست غربالگری دیگر نیز در هفته ۲۴-۲۸ بارداری انجام خواهد گرفت.

کنترل بیماری

برای کنترل دیابت بارداری اقدامات به شرح زیر توصیه می گردد:

- پایش منظم سطح قند خون در طی روز (در مراحل اولیه توصیه می گردد که ۴ بار در روز قند خون را با دستگاههای اندازه گیری قند خون کنترل نمایید: قبل از صبحانه و ۲ ساعت پس از هر وعده غذایی، برخی مواقع پایش قند خون قبل از همه وعده های غذایی نیز ممکن است لازم گردد. البته بعد از طی مرحله حاد نیاز به این میزان اندازه گیری نخواهد بود)
- بررسی ادرار به منظور وجود کتونها (یک نوع اسید که وجود آن در ادرار نشان می دهد دیابت شما تحت کنترل نمی باشد)
- از رهنمودهای غذایی ای که پزشک معالجتان به شما دستور داده است، پیروی کنید. نظم غذایی یکی از مهمترین موارد در کنترل قند خون در طی ساعات روز خواهد بود. بر همین اساس از شما خواسته می شود تا دریافت کالری تان را در چند نوبت در طی روز توزیع کنید.
- پس از کسب اجازه پزشک معالجتان، فعالیت بدنی و ورزش داشته باشید. داشتن پیاده روی به طور منظم در کنترل سطح قند خون بسیار مفید خواهد بود. برای جلوگیری از بروز عوارض در تعیین و نوع فعالیت بدنی حتما با پزشکتان مشورت نمایید.
- روند افزایش وزن تان را بررسی کنید. در طی دوران بارداری میزان افزایش وزن باید بین ۷-۱۴ کیلو باشد. در افرادی که بارداری را با چاقی و افزایش وزن آغاز می نمایند این میزان افزایش وزن بویژه در صورت ابتلا به دیابت بارداری باید حداقل باشد.
- در صورت نیاز انسولین مصرف کنید. انسولین تنها داروی دیابتی است که مصرف آن در طی بارداری در صورت عدم کنترل قند خون توصیه می گردد.
- افزایش فشار خونتان را کنترل کنید.

پایش قند توسط خود بیمار
پایش سطح گلوکز خونتان در طی دفعات معین در طی روز به شما کمک می کند تا تخمین بزنید که آیا الگوی رژیم غذایی و فعالیت بدنی ای که دارید برای کنترل سطح قند خون شما مفید است و یا نیاز به تجویز انسولین اضافی برای حفظ رشد و نمو صحیح در فرزندان می باشد. پزشک معالجتان از شما خواهد خواست که گزارش های ثبت مصرف غذای روزانه خود را حفظ کنید و نیز از شما خواهند خواست که با ثبت مصرف قند و شکر خانگی خود، از مصرف بی رویه قندهای ساده پرهیز نمایید.

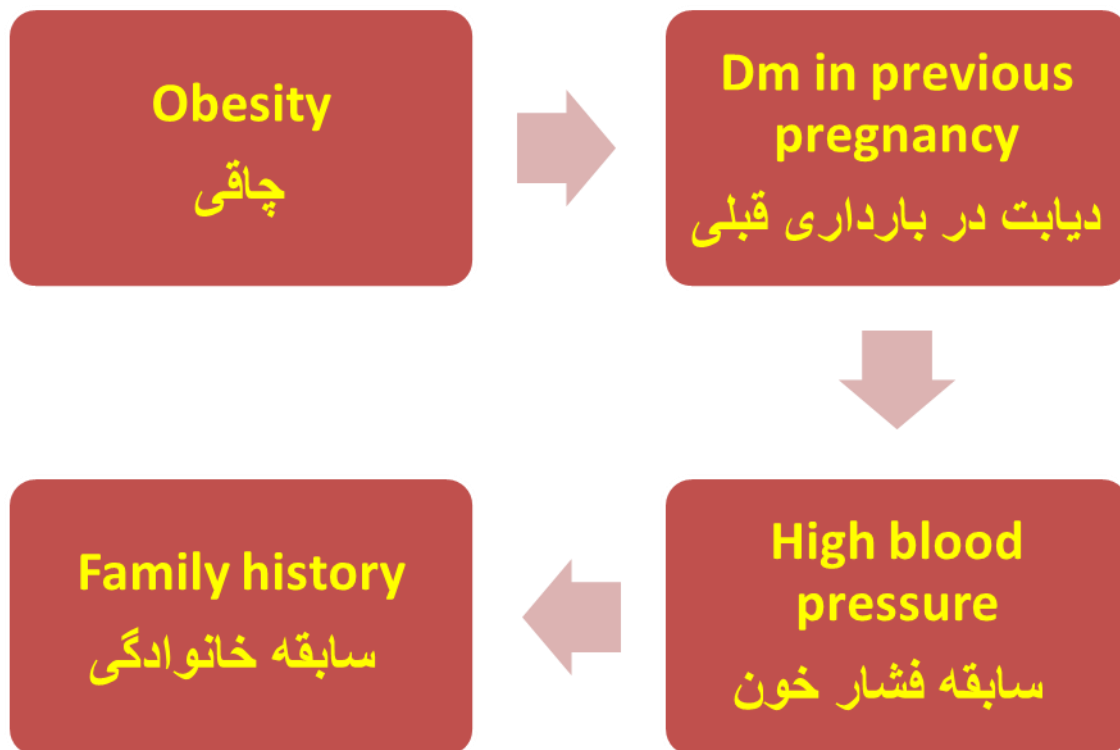
پایش قند خون شما شامل مراحل پیچیده ای نخواهد بود: با ایجاد خراش ظریف در نوک انگشتان با یک ابزار نوک تیز (لانست: ابزاری شبیه یک سوزن کوچک و نوک تیز که دردی را برای شما به همراه نخواهد داشت) و چکاندن یک قطره خون بر روی صفحه باریک تست و استفاده از یک گلوکو متر (ابزار پایش گلوکز خون) می توانید میزان قند خون خود را براحتی تعیین نمایید. نتایج را در دفترچه گزارش روزانه خود ثبت نمایید و سپس ابزار های یکبار مصرف استفاده شده را (سر سوزن و صفحه تست) را دور بریزید (در یک حفاظ یا قوطی پلاستیکی محکم و مناسب). در هنگام مراجعه مجدد به پزشکان دفتر ثبت قند خون خود را به همراه داشته باشید. بر آن اساس پزشک شما خواهد توانست قند خونتان را ارزیابی کند که آیا گلوکز خون شما به خوبی کنترل شده است و یا خیر و نیز می تواند تخمین بزند که آیا نیاز به ایجاد تغییراتی در برنامه درمانی شما هست و یا خیر؟

در هنگام خرید گلوکومتر پزشک شماو یا داروساز در داروخانه به شما نشان خواهد داد که چگونه از گلوکز متر (ابزار پایش گلوکز خون) استفاده کنید. هدف از این بررسی ها و پایش ها این است که تا حد امکان قند خون در سطحی نزدیک به سطح نرمال حفظ گردد. سطوح طبیعی قند خون در دوران بارداری با افراد دیگر متفاوت است. میزان طبیعی این سطوح به شرح جدول زیر هستند:

سطوح طبیعی قند	زمان تست
سطوح گلوکز پلاسمای خون کمتر از ۱۰۵ سطوح گلوکز خون کامل کمتر از ۹۵	قبل از صبحانه
سطوح گلوکز پلاسمای خون کمتر از ۱۳۰ سطوح گلوکز خون کامل کمتر از ۱۲۰	۲ ساعت پس از وعده غذایی

اگر با اجرای برنامه درمانی نتایج بالا حاصل نگردند، آن موقع پزشک شما انسولین درمانی را شروع می نماید.

ریسک فاکتور دیابت در بارداری



فصل چهارم جفت سرراهی

جفت بافتی است که جنین را از طریق بند ناف تغذیه می کند. در بیشتر حاملگی ها جفت در نیمه فوقانی رحم قرار دارد اما در بعضی موارد جفت در قسمت تحتانی رحم قرار می گیرد و دهانه رحم که محل خروج جنین است را بطور کامل و یا ناقص مسدود می کند. این حالت قرار گیری جفت را جفت سرراهی می گویند. در شکل زیر شما می توانید سه شکل جفت طبیعی، جفت سرراهی کامل و ناقص را مشاهده کنید

تشخیص محل جفت توسط سونوگرافی انجام می شود. اگر جفت در نیمه اول حاملگی در قسمت تحتانی قرار داشت زیاد جای نگرانی نیست در بیشتر موارد به همراه بزرگ شدن رحم جفت به سمت بالا کشیده می شود. بهتر است در هفته های ۲۲ تا ۲۴ یکبار دیگر سونوگرافی انجام شود تا محل دقیق جفت معلوم شود فقط نیم تا یک درصد موارد جفت در قسمت پایین باقی می ماند.

مشکلاتی که به همراه جفت سرراهی ایجاد می شود:

۱. خونریزی از واژن:

این نوع خونریزی در سه ماهه آخر حاملگی اتفاق می افتد و معمولاً بدون درد است.

علت خونریزی: چون در سه ماهه سوم دهانه رحم شروع به تغییر می کند جفت قادر به کشش نیست و دچار خونریزی می شود.

۲. پوزیشن نامناسب جنین هم نشانه جفت سرراهی است.

****جفت سرراهی به خودی خود باعث آسیب به جنین نمی شود ولی گاهی خونریزی های شدید مادر منجر به عوارض بعدی شده و گاهی پزشک مجبور است جنین را زودتر از موقع دنیا بیاورد. اگر جفت سرراهی در سه ماهه سوم به طور کامل دهانه رحم را مسدود کند بهتر است مادر تا آخر بارداری در بیمارستان بماند و تنها راه دنیا آمدن کودک هم سزارین است. همچنین فعالیت های فیزیکی و نزدیکی با وجود جفت سرراهی ممنوع است.**

در سه ماهه سوم:

اگر مادر خونریزی داشته باشد دو تشخیص محتمل است:

۱. جفت سرراهی

۲. کندگی جفت

که باید مادر سریع به بیمارستان منتقل شود.

در موارد با جفت سرراهی

اگر جنین بعد از ۳۷ هفته باشد سزارین انجام می شود

و اگر قبل از ۳۷ باشد و خونریزی شدید باشد

برای رشد ریه جنین، مادر کورتیکواستروئید دریافت می کند و

بعد سزارین انجام می شود ولی اگر خونریزی قطع شود و

حال مادر و جنین خوب باشد می توان تا ۳۷ هفته صبر کرد.

****سرکلاژ یا دوختن دهانه رحم نقشی در حل**

مشکل جفت سرراهی ندارد.

ریسک فاکتور ها برای جفت سرراهی:

۱. سابقه قبلی جفت سرراهی

۲. چند قلوپی

۳. سابقه سزارین قبلی

۴. سابقه جراحی رحم
۵. مصرف سیگار و کوکائین
کنندگی جفت:

در این حالت جفت زودتر از موقع از محل خود جدا می شود!

علامه:
انقباضات رحمی
درد شکم و رحم
گاهی خونریزی از واژن

راه تشخیص معمولاً سونوگرافی است

ریسک فاکتور ها:
حاملگی بعد از ۳۵ سال
چند قلوبی
افزایش فشار خون
مصرف کوکائین
دیابت
سابقه قلبی کنندگی جفت
زایمانهای متعدد

درمان به علل مختلف بستگی دارد:
اگر کنندگی کوچک باشد و وضعیت جنین و مادر خوب باشد مادر به
شرط چک آپ های پی در پی مرخص می شود
ولی اگر کنندگی وسیع باشد و شرایط مادر و جنین Stable نباشد
سزارین انجام می شود.

فصل پنجم حاملگی مولار

هنگامی رخ می‌دهد که در تخم بارور شده ناهنجاری‌های خاصی وجود داشته باشد. تخم بارور شده یا هرگز به جنین تبدیل نمی‌شود (کامل) و یا این که به شکل غیر طبیعی رشد می‌کند و نمی‌تواند زنده بماند (نسبی) در حاملگی‌های طبیعی، تخم بارور شده دارای ۲۲ کروموزوم از پدر و ۲۲ کروموزوم از مادر است. در اغلب حاملگی‌های مولار کامل، کروموزوم‌های مادر در تخم بارور شده وجود ندارند و کروموزوم‌های پدر نسخه‌ای دیگر را تکثیر می‌کنند، بنابراین دو نسخه از کروموزوم‌های پدر در تخم وجود دارد و هیچ کروموزومی از مادر در آن موجود نیست. در این حالت، جنین، کیسه جنینی یا هیچ بافت جفتی نرمالی وجود ندارد. در عوض، جفت توده‌ای از کیسه‌های شبیه به خوشه انگور را تشکیل می‌دهد. در بیشتر حاملگی‌های مولار جزئی، تخم بارور شده کروموزوم‌های مکمل مادر را نیز دارد، اما کروموزوم‌های پدر دو برابر می‌شوند، بنابراین به جای ۴۶ کروموزوم، ۶۹ کروموزوم وجود خواهد داشت.

این پدیده زمانی می‌تواند رخ دهد که کروموزوم‌های موجود در اسپرم دو برابر شده باشند و یا این که دو اسپرم تخم مشابهی را بارور کنند. در این حالت، در میان توده بافت غیر طبیعی که شبیه خوشه انگور است، چندین بافت جفتی به وجود خواهد آمد. جنین رشد خود را آغاز می‌کند، بنابراین ممکن است که جنین یا فقط تعدادی بافت جفتی و یا کیسه جنینی وجود داشته باشد. اما حتی اگر جنینی به وجود بیاید، در بیشتر موارد آن قدر غیر طبیعی است که نمی‌تواند زنده بماند. از دست دادن حاملگی به این شکل می‌تواند ترسناک و ناراحت کننده باشد. اما تا زمانی که تحت درمان مقتضی قرار می‌گیرید، احتمال ندارد که هیچ گونه عواقب جسمانی دراز مدت تهدیدتان کند.

در هر یک هزار حاملگی در ایالات متحده، یک حاملگی مولار وجود دارد. اگر زیر ۲۰ سال یا بالای ۴۰ سال سن دارید یا قبلاً حاملگی مولار یا دو و یا تعداد بیشتری سقط جنین داشته‌اید، احتمال اینکه حاملگی‌تان از نوع

مولار باشد، بیشتر خواهد بود.

در ابتدا ممکن است علائم يك حاملگي معمولي را داشته باشید، اما پس از مدتي لکه ها یا خونريزي بيشتري را خواهید دید. خوني که از بدنتان خارج مي شود ممکن است قرمز روشن یا قهوه اي رنگ، پیوسته یا منقطع و اندک یا شدید باشد. این خونريزي مي تواند شش هفته پس از حاملگي یا ديرتر، دوازده هفته پس از آن آغاز شود. همچنين ممکن است حالت تهوع و استفراغ شديد، انقباض یا تورم شکم

(ادرارتان از حد معمول بيشتري مي شود) داشته باشید. برخي از زنان در صورت داشتن حاملگي مولار، قبل از اواسط حاملگي، دچار تشنج پيش‌آبستني مي شوند. با این وجود، از آنجايي که امروزه دستگاه هاي سونوگرافي به پزشکان کمک مي کنند تا حاملگي مولار را زودتر تشخيص دهند، به ندرت پيش مي آيد که این حاملگي ها آن قدر طول بکشد که چنين شرايطي به وجود آيد.

در صورت داشتن لکه یا خونريزي در دوران حاملگي، بي درنگ با پزشک یا ماماي خود تماس بگيريد. داشتن لکه یا خون لزوماً به معنای حاملگي مولار نيست، اما احتمالاً پزشکانتان آزمایش سونوگرافي را تجويز مي کند تا دليل خونريزي را پيدا کند. وي همچنين ممکن است براي اندازه گيري سطح هورمون hCG، آزمایش خوني از شما بگيرد.

اگر داراي حاملگي مولار باشید، دستگاه آلتراسوند در ادرارتان کيسه هايي را که شبیه به خوشه هاي انگور هستند نشان خواهند داد و سطح hCG بالاتر از حد طبيعي خواهد بود.

چنانچه تشخيص دهند که حاملگي شما از نوع مولار است، به D&C (اتساع و کورتاژ) یا کورتاژ ساکشن جهت برداشتن بافت غير طبيعي نياز پيدا خواهید کرد. این عمل را مي توان تحت بيهوشي عمومي یا موضعي انجام داد. همچنين پزشکان مي توانند از راه درون وريدي درد شما را تسکين دهند.

در عمل D&C، پزشک سپکيولم را وارد مهبل کرده و گردنه رحم و مهبل را با يك محلول ضد عفوني کننده تميز و گردنه رحم را با ميله هاي فلزي باريکي متسع مي کند. وي سپس يك لوله پلاستيکي توخالي را از داخل گردنه رحم (سرويکس) عبور داده و بافت مربوط به جنين را به درون

آن مکش می‌کند. در نهایت، وی با استفاده از یک وسیله قاشق مانند به نام کورت curette به آرامی مابقی بافت به جا مانده را از روی دیواره های رحم بر می‌دارد.

به احتمال زیاد در این مرحله با اشعه X از سینه تان عکس بگیرند تا ببینند آیا سلول‌های غیر طبیعی به ریه‌ها انتشار یافته‌اند یا خیر. به ندرت اتفاق می‌افتد که این سلول‌ها به جاهای دیگر بدن انتشار یابند، اما اگر چنین شود، ریه‌ها بیشتر از هر جای دیگری در معرض تهدید قرار دارند. ممکن است پزشکتان بخواهد میزان hCG خون شما را هفته‌ای یک بار اندازه بگیرد تا اطمینان حاصل کند که در حال کاهش یافتن است (این کاهش بیانگر این است که دیگر هیچ بافت مولاری وجود ندارد). هنگامی که سطح این هورمون به مدت چند هفته متوالی به صفر برسد، هنوز هم لازم است که تا یک سال، هر یک ماه یا دو ماه یک بار اندازه‌گیری شود. نکته قابل توجه: اگر تصمیم گرفته‌اید که دیگر بچه‌دار نشوید، ممکن است عمل برداشتن رحم را به جای D&C انتخاب کنید؛ چرا که با این کار خطر بازگشت سلول‌های غیر طبیعی کمتر خواهد شد.

به طور کلی، سلول‌های غیر طبیعی در حدود ۲ درصد از زنانی که حاملی مولار نسبی دارند و ۱۰ درصد زنان با حاملگی مولار کامل، پس از آن که بافت برداشته می‌شود، همچنان باقی می‌مانند.

این پدیده بیماری تروپوبلاستی آبستنی مزمن

gestational trophoblastic نامیده می‌شود.

اگر چنین چیزی برای شما رخ دهد، باید تحت شیمی‌درمانی با یک یا چند داروی ضد سرطان قرار بگیرید؛ همچنین آزمایش‌های دیگری از قبیل اسکن CAT یا MRI جهت کسب اطمینان از عدم گسترش بیماری به جاهای دیگر غیر از رحم، گرفته خواهد شد.

با درمان سریع و متناسب، تقریباً ۱۰۰ درصد موارد این بیماری وقتی هنوز

از رحم به جاهای دیگر بدن گسترش نیافته است، قابل درمان خواهد بود. حتی در موارد نادری که سلول‌های غیر طبیعی به اندام‌های دیگر گسترش یافته‌اند، ۸۰ تا ۹۰ درصد از موارد را می‌توان درمان نمود. پس از آن که به بهبودی کامل رسیدید، لازم است که hCG به مدت یک سال به طور منظم تحت کنترل باشد و احتمالاً آزمایش‌هایی دیگر نیز انجام شود.

تفاوتی نمی‌کند که چه نوع درمانی را دریافت کرده‌اید، در هر حال لازم است پس از آن که سطح hCG در خون شما به صفر رسید، تا یک سال برای حاملگی مجدد دست نگه دارید. اگر قبل از این زمان حامله شوید، سطح hCG در خون شما بالا می‌رود و دیگر پزشک قادر نخواهد بود تشخیص دهد که آیا بافت غیر طبیعی بازگشته است یا خیر.

خبر خوب این است که حاملگی مولار حتی اگر شیمی درمانی کرده باشید، بر روی باروری یا توانایی شما برای داشتن یک حاملگی طبیعی تأثیر نخواهد گذاشت. خطر افزایش احتمال مرگ جنین، نقص مادرزادی، زایمان زودرس یا دیگر عواقب برای شما وجود ندارد و همچنین احتمال این که حاملگی مولار دیگری داشته باشید تنها ۱ یا ۲ درصد است. در تمام حاملگی‌های بعدی برای اطمینان از این که همه چیز به خوبی پیش می‌رود، لازم است در سه ماهه اول آزمایش سونوگرافی انجام دهید.

داشتن حاملگی مولار می‌تواند ترسناک باشد. مثل هر زن دیگری که سقط جنین کرده است، شما نیز با از دست دادن حاملگی خود دست و پنجه نرم می‌کنید، با این تفاوت که در این مورد شما شرایطی غیر طبیعی داشته‌اید که بیشتر مردم چیزی از آن نشنیده‌اند و به علاوه، در مورد سلامتی خود نیز نگران هستید. باید حداقل به مدت یک سال هر هفته یا هر ماه توسط پزشک معاینه شوید، همچنین ممکن است به خاطر احتمال داشتن سلول‌های غیر طبیعی مزمن، بسیار مضطرب باشید. اگر بیماری مزمنی دارید، شیمی درمانی می‌تواند تا حد زیادی ضعیف‌تان کند و حتی حاملگی بعدی را به آینده دورتری موکول کند. ممکن است به خاطر این تجربه احساس کنید که زندگی‌تان نابود شده است. همسران نیز ممکن است احساس غم و اندوه و درماندگی بکنند و

همچنین شاید نتواند راهی را برای ابراز این احساسات یا حمایت از شما پیدا کند. اگر فکر می‌کنید که مشاوره می‌تواند به شما و همسرتان در کنار آمدن با این مسئله کمک کند، حتماً این کار را بکنید. از پزشک خود پرسید کجا می‌توانید مشاوره دریافت کنید یا گروه‌های حمایت‌کننده را بیابید

ریسک فاکتور مول هیداتید فرم

Maternal age

سن مادر



Previous molar pregnancy

بارداری مولار قبلی



Asia woman

زنان آسیایی

فصل ششم اکلامپسی و پره اکلامپسی

مسمومیت حاملگی یا پره اکلامپسی یکی از اختلالات خطرناک دوران بارداری است که اگر با تشنج همراه باشد، به اکلامپسی تبدیل می شود. این بیماری که علل اصلی آن ناشناخته است، حتی می تواند به خاتمه بارداری و سقط جنین ختم شود.

پره اکلامپسی و اکلامپسی یا مسمومیت حاملگی یک اختلال خطرناک در فشار خون، کارکرد کلیه و دستگاه عصبی مرکزی است که ممکن است از هفته بیستم بارداری تا هفت روز پس از زایمان رخ دهد.

علائم شایع

علل آن ناشناخته است، اما گفته میشود که این عارضه ناشی از ماده یا سمی است که توسط

جفت تولید می‌شود. عواملی در تشدید این بیماری نقش دارند که از آن جمله است:

سابقه خانوادگی پره‌اکلامپسی یا اکلامپسی
دیابت شیرین

● اختلالات ایمنی نظیر لوپوس

● تغذیه نامطلوب

● بیماری‌های مزمن کلیه

● بالا بودن فشار خون قبل از بارداری

● بروز پره‌اکلامپسی در طی بارداری اول، البته پره

اکلامپسی در یک بارداری به معنی تکرار آن لزوماً

در بارداری‌های بعدی نیست، ولی خطر عود آن در

بارداری‌های بعدی افزایش می‌یابد.

● چاقی

● بارداری دوقلو یا چندقلو

عوارض

پره‌اکلامپسی خفیف معمولاً بدون عارضه بوده و در

عرض هفت روز پس از زایمان، در صورت تشخیص

به موقع و درمان صحیح برطرف می‌شود. حال آن

که اکلامپسی شدید همچنان یک عامل مهم دخیل

در مرگ‌ومیر مادران است و اگر زایمان پیش از

موعد رخ دهد، عاملی مهم در مرگ جنین نیز

محسوب می‌گردد. احتمال زنده ماندن نوزاد نارس بستگی به میزان بلوغ جسمی او دارد، اما در این شرایط احتمال مرگ جنین بالا می‌رود.
عوارض احتمالی

سکته مغزی

• افزایش خطر بروز فشار خون بالای غیرمرتبط با بارداری پس از ۳۰ سالگی

• تشنج

• ادم ریه

• نارسایی کلیه

و اما تغذیه نامناسب، مصرف الکل، حاملگی اول، دیابت شیرین، سیگار کشیدن، سابقه خانوادگی اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی، سابقه فشار خون بالا و بیماری‌های کلیوی مزمن از جمله عواملی هستند که در تشدید این بیماری موثر می‌باشند.

اصول کلی تشخیص بیماری عبارت است از:

• آزمایش‌های خون

• آزمایش ادرار: از نظر سطح پروتئین دفعی

بررسی ادرار ۲۴ ساعته لازم است.

درمان:

درمان اکلامپسی و پره اکلامپسی به شدت علایم و میزان بلوغ جنین بستگی دارد.

***در موارد خفیف مراقبت در منزل: در این شرایط، توزین بیمار و ثبت روزانه آن و همچنین بررسی میزان پروتئین ادرار ضروری است.**
***در صورت بدتر شدن وضعیت مراقبت بیمارستانی لازم است.**

***زایمان زودرس در صورت وخامت وضعیت بیمار در نظر گرفته می‌شود.**

نکته: در اکلامپسی، به علت تشنج احتمال نیاز به مراقبت بیمارستانی و زایمان زودرس (اغلب با سزارین) بیشتر است البته در مواردی که شرایط مادر و جنین خطرناک نباشد زایمان طبیعی نیز صورت می‌گیرد.

درمان در مسمومیت حاملگی:

پایین آوردن فشار خون با تجویز داروهای ضد پرفشاری خون، عموماً تنها اقدام توصیه شده در شرایط اورژانسی است، مگر این که بیمار قبل از

بارداری تحت درمان برای پرفشاری خون باشد.
سولفات منیزیوم با مقدار بالا جهت پیشگیری از
تشنج تجویز می‌شود که پذیرفته شده‌ترین داروی
ضد تشنج برای این منظور است.

تنظیم فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری: برای
کمک به جریان خون بهتر است بیمار به پهلو چپ
بخوابد. همچنین باید دفعات استراحت خود را
افزایش دهد.

در صورتی که شما یا یکی از اعضای خانواده تان
دارای علائم پره اکلامپسی در هر مرحله از بارداری
باشید یا سردرد، اختلال دید و افزایش وزن به میزان
۱/۵ کیلوگرم یا بیشتر در ۲۴ ساعت داشته باشید،
باید حتماً به پزشک مراجعه کنید.

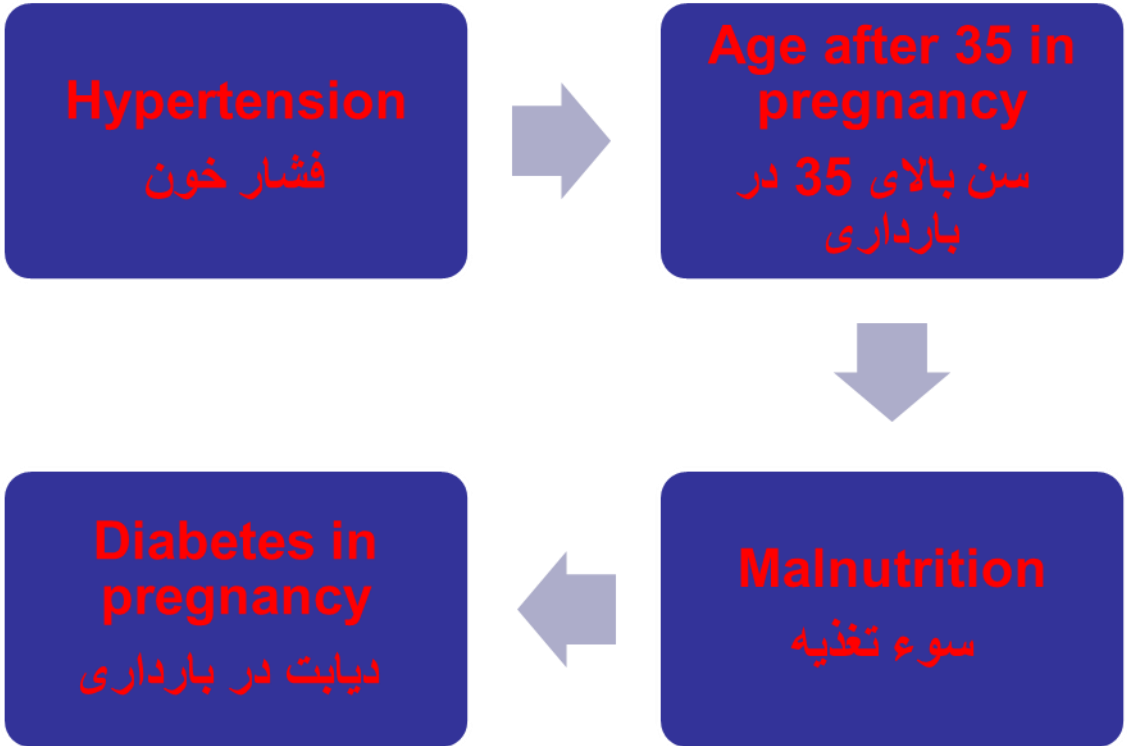
روشهای پیشگیری از بیماری:

آگاهی از برنامه‌های مراقبتی در طی بارداری
رژیم غذایی طبیعی و متعادل در طول دوران
بارداری
مصرف مکمل‌های ویتامینی و مواد معدنی در طی

بارداری
خودداری از مصرف هر گونه دارو، حتی داروهای
با نسخه ولی بدون توصیه پزشک و بدون اطلاع او از
بارداری شما.

عدم استفاده از سیگار، داروهای روانگردان یا الکل

ریسک فاکتور آکلایمپیسی



فصل هفتم واژینیت کاندیدیایی

عبارت است از عفونت یا التهاب مهبل به وسیله قارچی مخمري شکل (معمولاً کاندیدا آلبیکنس) علایم شایع شدت علایم بین زنان مختلف و از زمانی تا زمانی دیگر در يك زن فرق مي کند . ترشح سفید و «شیری رنگ» از مهبل (شبيه تکه های پنیر). بوي آن ممکن است نامطبوع باشد ولي چرکین نیست . تورم، قرمزي، حساسیت به لمس و خارش لب های مهبل و پوست اطراف آن سوزش در هنگام ادرار کردن تغییر رنگ مهبل از صورتی کم رنگ به قرمز درد در حین مقاربت جنسی (دیس پارونی)

علل

قارچ کاندیدا به تعداد کم در مهبل، مقعد و دهان سالم زندگی می‌کند. وقتی تعادل هورمونی و pH مهبل مختل شود، ارگانیسم‌ها تکثیر یافته، باعث ایجاد عفونت می‌گردند. واژینیت تمایل دارد که قبل از دوره‌های قاعدگی ظاهر شود و با شروع دوره‌ها فروکش می‌کند. عوامل افزایش‌دهنده خطر

بارداری

دیابت شیرین

درمان با آنتی‌بیوتیک

قرص ضد بارداری خوراکی (احتمالاً)

مصرف کربوهیدرات فراوان به‌ویژه شکر و الکل
آب و هوای داغ و یا لباس‌های بدون تهویه که رطوبت،
گرمی، تاریکی و رشد قارچ را افزایش می‌دهند.
سرکوب ایمنی ناشی از داروها یا بیماری

پیشگیری

- ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارید .
- از صابون ساده بدون بو استفاده کنید .
- از زیرشلواری‌های نخی یا جوراب شلواری‌های دارای فاق نخی استفاده کنید .
- با لباس مرطوب به‌ویژه حوله حمام مرطوب ننشینید .
- از دوش مهبل، خوشبوکننده مهبل، خوشبوکننده حمام و کاغذ توالت رنگی یا معطر پرهیز کنید .
- مصرف شیرینی را محدود کنید .
- بعد از ادرار کردن یا اجابت مزاج، با خشک کردن یا شستن از جلو تا عقب (مهبل تا مقعد) خود را پاک کنید .
- اگر چاق هستید، وزن خود را کم کنید .
- اگر دیابت دارید، به برنامه درمانی خود کاملاً پایبند باشید .
- مگر در صورت تجویز از طرف پزشک، از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها پرهیز کنید .
- عواقب مورد انتظار معمولاً پس از ۲-۱ هفته درمان (گاهی کمتر) علاج می‌گردد .
- عوارض احتمالی

عفونت‌های باکتریایی ثانویه مهبل و سایر اعضای لگن در برخی موارد، واژینیت مزمن می‌شود .

درمان

اصول کلی

آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل بررسی‌های آزمایشگاهی ترشحات مهبل، پاپ‌اسمیر و معاینه لگن باشند .

دارودرمانی متوجه ارگان‌بسم خاص خواهد بود. ممکن است درمان برای همسر شما نیز توصیه گردد. تا زمان مشخص شدن علت اختصاصی بهتر است برای این اختلال مراقبت توسط خود شخص انجام نگیرد .
از دوش مهبل استفاده نکنید مگر برای شما تجویز شده باشد .

اگر ادرار کردن باعث سوزش می‌شود، از طریق یک دستگاہ لوله‌ای مثل رول کاغذ توالت یا فنجان پلاستیکی بدون ته ادرار کنید یا در هنگام ادرار کردن یک فنجان آب گرم روی ناحیه تناسلی بریزید .

داروها

ممکن است داروهای ضد قارچ چه از نوع خوراکی (به ندرت) و چه از نوع کرم یا شیاف مهبل (معمولاً) تجویز شوند. کرم یا شیاف را در یخچال نگه دارید. بعد از درمان می‌توانید مقداری داروی اضافی نگه دارید تا بتوانید در صورت عود عفونت، درمان را فوراً شروع کنید. از دستورالعمل‌ها به دقت پیروی کنید .

فعالیت

از فعالیت بیش از حد، گرما و تعریق بیش از حد پرهیز کنید. تا زمان رفع علائم، روابط جنسی را به تأخیر بیندازید .

رژیم غذایی

مصرف ماست، کره یا خامه ترش را افزایش دهید. از مصرف شکر بکاهید .

در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید
اگر خود یا عضوی از خانواده‌تان علائم واژینیت کاندیدیایی

را داشته باشد .
اگر علي رغم درمان، علايم بدتر شوند يا بيش از يك هفته
باقي بمانند .

اگر خونريزي يا تورم غيرطبيعي مهبل ايجاد گردد .
اگر پس از درمان علايم عود کنند

ريسک فاکتور عفونت واژن

Sexual activity
فعالیت جنسی



Un control diabetes
دیابت کنترل نشده



Use of iud
مصرف آیودی



Hormonal change
تغییرات هورمونی

فصل هشتم پرو لایس رحم

در اثر شلی رباط های رحمی -خاجی (کاردینال) رخ می دهد. در اثر این شلی بیرون زدگی رو به پایین سرویکس و رحم به طرف واژن امکان پذیر می شود.

علامت:

بی اختیاری ادرار

احساس فوریت در ادرار

تکرر ادرار

در موارد شدید با احتباس ادراری و درد ناشی از آن و آنوری (عدم تشکیل ادرار)

یبوست

اسهال

زور پیچ (تنسموس)

بی اختیاری مدفوع

کمر درد

پهلوی درد

درد لگن

ناراحتی کلی لگن

دیس پارونی (درد موقع نزدیکی)

لکوره (افزایش ترشحات واژن)

احساس خروج چیزی از واژن

احساس پری در واژن

احساس چیزی لغزان در واژن

منوراژی (افزایش حجم خونریزی قاعدگی)

منو متروراژی (خونریزی زیاد قاعدگی + لکه بینی)

طبقه بندی:

۱: Graid پرولاپس ناکامل رحم، رحم مقداری در واژن نزول می کند و سرویکس در یک سوم تحتانی واژن قرار می گیرد.

۲: Graid سرویکس کمی از واژن بیرون می زند.

۳: Graid سرویکس و رحم کاملاً از واژن خارج می شوند و واژن وارونه می شود. (در خانم های با سن بالا و

زایمان های متعدد دیده می شود.

درمان:

۱-۲: Graid نیاز به درمان خاصی ندارد. استراحت و انجام ورزش های کف لگن

در موارد علامت دار کرم حاوی واژینال حاوی استروژن، دوش واژینال مکرر با سرکه برای پیشگیری از عفونت

استفاده از تامپون داخل واژن برای هدایت رحم به طرف بالا

کاهش وزن-رژیم درمانی

استفاده از شکم بند های سفت و محکم (دیواره های رحم را رو به بالا می کشد)

کاهش فعالیت های افزایش دهنده فشار داخل شکمی
در موارد پرولاپس شدید جراحی لازم است.

تشخیص:

خونریزی های نا بجای رحمی

انسداد رحمی

هموروئید(به علت فشار رحم به آنوس)

پرولاپس رحم و حاملگی:

در ۱ Graid مشکلی پیش نمی آید.

Graid ۲- Graid ۳:

رحم بزرگ می شود و داخل لگن گیر می افتد و یا از واژن خارج می شود.گیر افتادن رحم در لگن باعث

می شود با بزرگی جنین،بر جنین فشار وارد آید و مرگ جنین رخ می دهد

گاهی جنین از واژن بیرون می زند(به علت تنگی)رحم را جا می اندازیم.بعد از جا انداختن بیمار باید در حالت Bed Rest باشد تا جنین بزرگ شود و با بزرگی جنین جلوی پرولاپس رحم گرفته شود.

در صورت امکان پذیر نبودن جا انداختن رحم،ختم حاملگی لازم است.

گاهی بیماران مبتلا به پرولاپس رحم را هیسترکتومی می کنند.این کار در زنان مسن و با پرولاپس شدید انجام می شود.

گاهی یک واژن برای روابط جنسی باقی می گذارند.در زنان مست واژن نیز مسدود می شود.

فصل نهم آمنوره

قطع دوران ماهانه برای یک مدت یا بیشتر آمنوره نامیده می شود. آمنوره اولیه در لغت مفهوم نبود آن تا سن ۱۶ سالگی است. آمنوره ثانویه به دوره ای گفته می شود که شخص قبلا دوران ماهانه را کسب کرده و بعدا برای مدتی آن قطع می شود.

اگر شما سالم بوده و از نظر جنسی نیز فعال باشید، بارداری محتمل ترین دلیل برای قطع قاعدگیتان است. به غیر از بارداری دلایل دیگری نیز برای توجیه آمنوره وجود دارد. آمنوره یک نشانه است نه بیماری و به ندرت در نتیجه یک شرایط جدی و خطرناک بوجود می آید. به هر حال، ندانستن دلیل آمنوره بسیار استرس زا است و مدت زمانی که تا اتفاق افتادن دوباره آن سپری می شود، شاید به اندازه یک عمر به نظر برسد. البته زمانی که شما و پزشکتان به ریشه مشکل پی ببرید و به درمان اصولی و زیر بنایی پردازید، اغلب آمنوره برطرف می شود.

نشانه ها

اصلی ترین نشانه آمنوره ، عدم داشتن دوران قاعدگی است.

در آمنوره اولیه : شما هیچ قاعدگی را تا ۱۶ سالگی تجربه نکرده اید.

در آمنوره ثانویه : برای ۳ تا ۶ ماه متوالی قاعدگی اتفاق نیافتاده است.

بنابر علت آمنوره ، شما ممکن است علائم و یا نشانه های دیگری را به غیر از قطع دوره قاعدگی تجربه کنید . ترشحات شیری از نوک سینه ، سردرد ، اختلالات دید ، افزایش رویش مو در صورت و نواحی تناسلی.

علت

آمنوره ثانویه

آمنوره ثانویه بسیار شایع تر از آمنوره اولیه است . برخی از دلایل ممکن برای بوجود آمدن آمنوره ثانویه عبارتند از:

- **بارداری :** در زنانی که در سنین باروری به سر می برند ، بارداری شایع ترین علت آمنوره است . زمانی که تخم بارور شده در دیواره رحم جایگذاری می شود ، دیواره داخلی رحم برای تغذیه رویان حفظ می شود و همچون دوران قاعدگی ریزش نمی کند.

• **روشهای پیشگیری از بارداری:** در بعضی از خانم ها که از قرص ها جلوگیری استفاده می کنند ، قاعدگی قطع می شود . پس از قطع این داروهای خوراکی ممکن است ۳ تا ۶ ماه طول بکشد تا روند تخمک گذاری منظم و قاعدگی به حالت اولیه و نرمال خود بازگردد . روش های جلوگیری دیگر به صورت تزریقی و یا جایگذاری هستند، مانند تزریق Depo-provera و یا جای گذاری implanon در زیر پوست بازو ، و وسیله های حاوی پروژسترون که در داخل رحم جایگذاری می شوند مانند Mirena نیز می توانند سبب آمنوره شوند.

• **شیردهی:** مادرانی که به نوزاد خود شیر می دهند اغلب ، آمنوره را تجربه می کنند . همچنین ممکن است با وجود تخمک گذاری منظم ، قاعدگی اتفاق نیافتد.

• **استرس:** استرس های روحی ممکن است سبب تغییرات موقتی در عملکرد هیپوتالاموس شوند - بخشی از مغز شما که کنترل هورمون های تنظیم کننده چرخه قاعدگی را به عهده دارد . ممکن است در شرایط نامناسب روحی تخمک گذاری و قاعدگی متوقف شود . معمولاً پس از کاهش استرس ها ،

دوره های منظم قاعدگی به وضعیت نرمال خود باز می گردد.

• **دارو** : برخی از داروهای خاص سبب قطع قاعدگی می شوند . برای مثال : داروهای ضد افسردگی ، داروهای آنتی سایکوتیک ، برخی داروهای شیمی درمانی و داروهای کورتیکواستروئید خوراکی.

• **عدم تعادل هورمونی** : یکی از دلایل قطع قاعدگی و یا قاعدگی نامنظم ، سندرم تخمدان پلی کیستیک است . این شرایط سبب افزایش سطح استروژن و آندروژن (هورمون مردانه) بیش از نوساناتی که در چرخه های قاعدگی به صورت طبیعی وجود دارد، می شود . نتیجه این اختلال کاهش هورمون های هیپوفیزی خواهد بود . هورمون های هیپوفیز مسئول فرایند تخمک گذاری و قاعدگی هستند. سندرم تخمدان پلی کیستیک با چاقی ، آمنوره ، خونریزی های زیاد و غیر طبیعی رحم ، آکنه و گاهی افزایش رویش موی صورت در ارتباط است.

• **کاهش وزن** : لاغری مفرط ممکن است در عملکرد بسیاری از هورمون ها اختلال ایجاد کند . زنانی که به اختلالات غذایی مانند Anorexia و Bulimia مبتلا

هستند ، اغلب بخاطر تغییرات غیر طبیعی هورمونی
دچار قطع قاعدگی می شوند.

• **ورزش و فعالیت بدنی بسیار زیاد :** زنانی که ورزشکار هستند و در ورزشهایی شرکت می کنند که نیازمند تمرین های بسیار سخت و شدید است ، مانند باله ، دویدن در یک مسیر طولانی و ژیمناستیک ، ممکن است دچار اختلال در قاعدگی شوند . عوامل متعددی در از دست دادن دوره قاعدگی در زنان ورزشکار نقش دارد ، برخی از آنها شامل کاهش چربی بدن ، استرس و مصرف زیاد انرژی است.

• **اختلال عملکرد تیروئید :** تیروئید کم کار (هیپوتیروئیدی) معمولاً سبب اختلال در نظم قاعدگی و آمنوره می شود . اختلالات تیروئید همچنین می تواند سبب کاهش و یا افزایش تولید پرولاکتین شود - هورمونی که توسط غده هیپوفیز تولید می شود . تغییر سطح پرولاکتین می تواند بر هیپوتالاموس تاثیر گذارده و در چرخه قاعدگی اختلال ایجاد کند.

• **تومور هیپوفیز :** تومور غیر سرطانی (خوش خیم) در غده هیپوفیز ، مثل آدنوما و پرولاکتینوما می تواند سبب افزایش تولید پرولاکتین شود . افزایش سطح پرولاکتین می تواند در نظم چرخه قاعدگی اختلال

ایجاد کند . این نوع از تومورها با دارو قابل درمان است ولی در موارد بسیار نادر نیازمند به جراحی است.

• **زخم رحم** : سندرم آشیرومان ، بافت مرده ای است که در دیواره رحم ایجاد می شود . این زخم ممکن است در حین جراحی های رحم مانند اتساع و کورتاژ ، سزارین و یا درمان فیبروم رخ دهد . بافت به جای مانده از این زخم ها از ساخته شدن و ریزش طبیعی دیواره رحم جلوگیری می کنند . این امر سبب خونریزی بسیار کم و یا قطع کامل قاعدگی می شود .

• **عدم کفایت عملکرد تخمدان ها** . معمولا یائسگی در سنین ۴۵-۵۵ سالگی اتفاق می افتد . در برخی از زنان تولید تخمک در سنین قبل از ۴۰ سالگی کاهش می یابد ، که به عنوان نارسایی زود هنگام تخمدان ها شناخته شده است . این نقص در عملکرد تخمدان ها ، سبب کاهش تعداد دفعات چرخه استروژن در بدن می شود که به مرور باعث نازک شدن دیواره داخل رحمی (آندومترיום) و پایان دادن به دوره های قاعدگی است . همچنین یائسگی زود هنگام می تواند به علت برخی بیماری های خود ایمنی باشد و

یا منشا ژنتیکی داشته باشد . به هر حال هنوز دلیل قطعی برای آن یافت نشده است.

آمنوره اولیه

آمنوره اولیه کمتر از ۱ درصد دختران نوجوان را در ایالات متحده درگیر می کند . شایع ترین دلایل آمنوره اولیه شامل:

- **ناهنجاری های کروموزومی** . برخی اختلالات کروموزومی می تواند سبب کاهش زود هنگام در تعداد فولیکول ها و تخمک ها شده که در تخمک گذاری و قاعدگی نقش اصلی دارند.
- **اختلال در هیپوتالاموس** . آمنوره ممکن است ناشی از عملکرد ناقص هیپوتالاموس باشد . هیپوتالاموس بخشی از مغز شمایست و به عنوان مرکز کنترل کننده بدن و منظم کننده چرخه های قاعدگی می باشد . ورزش افراطی ، اختلال در غذا خوردن و بی اشتهایی عصبی ، استرس های فیزیکی و یا روحی ، همگی می توانند در ایجاد اختلال در عملکرد هیپوتالاموس نقش داشته باشند . در موارد بسیار نادر یک تومور ممکن است مانع عملکرد طبیعی هیپوتالاموس باشد .

. **بیماری هیپوفیز** . هیپوفیز نیز غده ای در مغز است که در منظم سازی چرخه های قاعدگی نقش اساسی دارد. تومور و یا هر رشد تهاجمی و غیر نرمال در هیپوفیز ممکن است سبب اختلال در عملکرد طبیعی آن شود.

. **فقدان اندام های تولید مثل** . برخی از مشکلات در طی تکامل جنین به وجود می آیند که سبب می شود نوزاد دختر با فقدان برخی ارگان های اصلی تولید مثل به دنیا بیاید (مثل رحم ، دهانه رحم یا واژن) ، در نتیجه به علت عدم تکامل طبیعی سیستم تولید مثل ، چرخه طبیعی قاعدگی اتفاق نمی افتد.

. **ناهنجاری های ساختاری در واژن** . انسداد در واژن باعث می شود که خونریزی قابل مشاهده ای اتفاق نیافتد . پوسته و یا دیواره موجود در واژن ممکن است راه جریان خروجی خون از رحم و دیواره رحم را مسدود کرده باشد.

آمادگی برای ویزیت پزشک

شما احتمالاً در ابتدا پزشک عمومی خود و یا متخصص بیماری های زنان را ملاقات خواهید کرد.

به علت اینکه احتمالاً زمان ملاقات شما با پزشک محدود است و شاید به خاطر آوردن تمام سوالات برای شما ممکن نباشد ، بهتر است قبل از ویزیت خود را آماده کنید .

اقداماتی که شما می توانید انجام دهید

- برای استفاده بهینه از زمان محدودی که در اختیار دارید بهتر است یک لیست از اطلاعات برای خود فراهم کنید . این اطلاعات شامل:
 - توصیف دقیق تمام علائم و نشانه ها و زمان وقوع آن . برای مثال ، یادداشت کردن زمان های قاعدگی نامنظم و یا زمان قطع قاعدگی می تواند اطلاعات مهمی را در اختیار پزشک بگذارد.
 - ثبت نمودن اسم و مقدار تمام داروهایی که مصرف می کنید ، شامل مکمل های غذایی و یا داروهایی که توسط پزشک تجویز نشده است.
 - سوالاتی که از پزشک دارید (مثل پرسیدن راه های درمان) ..

آنچه باید از پزشک انتظار داشت

برای درک بهتر شرایطی که بر شما میگذرد ، پزشک ممکن است سوالاتی از شما بپرسد ، خودتان را برای پاسخ آماده کرده و حتی پاسخ ها را یادداشت کنید . به این ترتیب شما کاملا آماده خواهید بود و هیچ کدام از جزئیات را فراموش نخواهید کرد.

ممکن است سوالات پزشک شامل این موارد باشند:

- آیا گهگاه قاعدگی داشته اید و یا به طور کلی قطع شده است ؟
- آیا ازدواج کرده اید و از نظر جنسی فعال هستید ؟
- آیا احتمال دارد که باردار باشید ؟
- چه مدت است که این علائم برای شما اتفاق افتاده است ؟
- آیا شما تا به حال در ناحیه شکم یا لگن جراحی داشته اید ؟
- آیا تا به حال عمل جراحی و یا ضربه سخت در ناحیه سر و سیستم عصبی مرکزی داشته اید؟
- آیا در بستگان شما ، مثل مادر و خواهر کسی آمنوره را تجربه کرده است ؟
- این علائم چقدر در شما اضطراب ایجاد کرده است ؟

• آیا اخیراً افزایش وزن و یا کاهش وزن بدون دلیل داشته اید ؟

• چند بار در هفته و به چه شدتی ورزش می کنید ؟

• چه داروها و مکمل های غذایی مصرف می کنید ؟

چه زمانی به پزشک مراجعه کنیم؟

در هر دو حالت آمنوره اولیه و ثانویه ، برای مشاوره به پزشک مراجعه کنید:

آزمایش های تشخیصی

آمنوره به ندرت به علت شرایط نامساعد زندگی اتفاق می افتد و در بیشتر موارد چند اختلال هورمونی در وقوع آن نقش دارد. یافتن دلیل اصلی آمنوره ممکن است وقت گیر بوده و نیازمند به انجام چند تست تشخیصی باشد . این آزمایشات عبارتند از:

• **تست بارداری** . احتمالاً این اولین تستی است که پزشک انجام می دهد تا از وجود و یا عدم وجود بارداری اطمینان حاصل کند.

• **آزمایشات لگن** . این تست برای اطمینان از سلامت کامل ارگان های تولید مثلی انجام می شود.

• **تست های بالینی** . پزشک در این مرحله سلامت جسمی شما را بررسی کرده و درباره تاریخچه سلامتی از شما سوالاتی می پرسد . در زنان جوان این سوالات درباره علائم و نشانه هایی هستند که بیانگر تغییرات بلوغ در آنان می باشد.

• **آزمایش خون** . تست عملکرد تیروئید یا سنجش سطح پرولاکتین می تواند به عدم ثبات سطح هورمون هایی که مسئول وقوع آمنوره هستند ، اشاره کند . در زنانی که رشد موهای زائد دارند ، سطح هورمون های مردانه نیز چک می شود.

• **تست تغییرات پروژسترون** . برای انجام این تست شما باید داروی هورمونی پروژسترون (progestogen) را برای مدت ۷ تا ۱۰ روز مصرف کنید . نتیجه به دست آمده از این تست به پزشک نشان می دهد که دلیل آمنوره کمبود هورمون پروژسترون بوده است یا نه.

• **تصویر برداری** . بنا بر علائمی که در شما مشاهده می شود و نتایج بدست آمده از تست های خونی پزشک ممکن است تصویر برداری را به شما پیشنهاد کند. شامل ، توموگرافی کامپیوتری ، تصویر بردای مغناطیسی یا اولترا سوند . این تست ها می توانند

آشکار کننده تومور در هیپوفیز و یا ناهنجاری های ساختاری در ارگان های تولید مثلی باشد.

. **لاپاروسکوپي يا هيستروسکوپي** . زمانی که دیگر تست ها هیچ دلیل خاصی را برای آمنوره نشان نمی دهند ، پزشک ممکن است یک جراحی کوچک را برای دیدن ارگان های درونی پیشنهاد کند . در برخی موارد پس از یافتن منشا بیماری می توانند در همان زمان به درمان آن پردازند.

درمان دارویی

درمان بستگی به دلیل ایجاد آمنوره دارد . پزشک ممکن است به شما تغییرات سبک زندگی مربوط به وزن ، فعالیت بدنی و استرس را پیشنهاد دهد . اگر شما مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و یا آمنوره هیپوتالاموسی هستید ، پزشک ممکن است برای درمان ، داروهای خوراکی پیش گیری کننده از بارداری را تجویز کند . آمنوره ایجاد شده به علت بیماری های تیروئیدی یا اختلالات هیپوفیزی نیز ممکن است با دارو درمان شود.

داروهای مرتبط

. گنادورلین (GONADORELIN)

• مدروکسی پروژسترون (MEDROXYPROGESTERONE ACETATE)

• پروژسترون (PROGESTERONE)

تغییر شیوه زندگی

شیوه زندگی و درمان های خانگی

بهترین راه برای پیشگیری از بوجود آمدن اینگونه اختلالات در قاعدگی ، داشتن یک شیوه زندگی سالم است.

• برنامه غذایی خود را تغییر داده و برای رسیدن به وزن مطلوب و ایده آل فعالیت بدنی را در برنامه زندگی خود بگنجانید.

• سعی کنید تا در برنامه کاری خود تعادل ایجاد کرده و استراحت و تفریح را فراموش نکنید.

• موارد ناراحت کننده و استرس های زندگی خود را بیابید . اگر خودتان نمی توانید از استرس ها بکاهید ، از خانواده ، دوستان و یا پزشک خود کمک بگیرید.

• همیشه نسبت به هر تغییری در سیکل های قاعدگی خود آگاه بوده و نگرانی های خود را با پزشک در میان بگذارید. زمان آغاز هر دوره قاعدگی را هر ماه در تقویم خود ثبت کنید . همچنین طول مدت آن و

هرگونه علائم نگران کننده را یادداشت نمایید . با مادر و خواهر و دیگر خانم هایی که از بستگان نزدیک شما هستند، صحبت کنید. آیا فرد دیگری هست که علائمی مشابه را تجربه کرده باشد ؟ جمع آوری این اطلاعات می تواند در یافتن دلیل ایجاد آمنوره به پزشک شما کمک کند . آمنوره ممکن است سبب اضطراب شما شود ولی با مراقبت های پزشکی و یافتن دلیل اصلی توسط پزشک، می توانید به درمان آن بپردازید و سیکل های قاعدگی خود را دوباره منظم سازید.

ریسک فاکتور آمنوره



فصل دهم واژن آتروفی

آتروفی واژن اپیدمی خاموش است که بسیاری از زنان از آن رنج می‌برند. گمان می‌رود این شرایط مزمن و پیشرونده، بیش از ۵۰ الی ۶۰ درصد از زنان را بعد از یائسگی درگیر نمایند. با بالا رفتن امید به زندگی، تاثیر خشکی واژن بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی و سلامتی دستگاه تناسلی ادراری، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود.

هم زنان جوان و هم زنان یائسه می‌توانند دوره‌هایی از خشکی واژن و مشکلات مربوط به آن را تجربه کنند. علائم متنوع است و می‌تواند شامل درد، خارش، سوزش شدید و مقاربت دردناک باشد. این زنان ممکن است ترس و یا تنفر از معاینات لگنی داشته باشند. علل آن می‌تواند یائسگی ناگهانی، داروهای شیمی‌درمانی، آندومتریوزیس، داروهای ضد آلرژی، ضد افسردگی

و ناباروری باشد. زنان شیرده، زنانی که از قرص های ضد بارداری استفاده می کنند، زنان مبتلا به عفونت های دستگاه ادراری نیز گروه مبتلا می باشند. عواملی که تشخیص درست و فوری و درمان ایده آل آتروفی واژن را تضمین می کند شامل علائم مربوط به منوپوز طبیعی یا اجباری، درمان سرطان، شیردهی، مداخلات و شرایط مزمن می باشد. درمان های غیر هورمونی (نرم کننده ها و لغزنده کننده ها) و درمان دارویی (استروژن موضعی با دوز کم) آخرین درمان های به روز دنیا می باشد.

زنان انتظار دارند که حدود یک سوم از زندگی بعد از یائسگی شان، طولانی تر، سالم تر و پربارتر باشد. ارزیابی دقیق از نیازهای افراد موفقیت نتیجه درمانی را آسان می کند. زمانی که آتروفی واژن تشخیص داده شود و درمان شود عملکرد جنسی و ادراری بطور چشمگیری بهبود و کیفیت زندگی افزایش می یابد

ریسک فاکتور آتروفی واژن

Low estrogen

کمبود استروژن

Injury vagina

جراحت واژن

**Pelvic
radiotherapy**

رادیوتراپی لگن

**Surgical
menopause**

یانسگی بر اثر جراحی

**After hormon
therapy**

هورمون درمانی

فصل یازدهم آبسه بارتولن

غدد بارتولن (وستبولر بزرگ) در ساعات ۵ و ۷ در عمق ویستیبول، زیر عضله ی بولبوکاورنوس و به اندازه ی یک نخود قرار دارند و دهانه آنها در یک سوم تحتانی ویستیبول در محل اتصال پرده بکارت به دیواره ی ویستیبول باز می شوند. غده ی بارتولن ممکن است دچار یک عفونت ساده شود، اما در شرایط التهاب مزمن، مجرای آن مسدود شده و موجب بروز کیست میشود. که در صورت سوار شدن عفونت به آبسه می انجامد.

بارتولینیت و آبسه ی بارتولن اکثراً پلی میکروبیال بوده ولی در ۲۰ تا ۳۰٪ موارد نیسریاگونوکوک و درصدی نیز کلامیدیاتراکوماتیسی دخیل هستند و به همین دلیل توصیه می شود در تمامی بیماران با عفونت و آبسه ی بارتولن کشت از سرویکس و واژن جهت کلامیدیا و گنوکوک به عمل آید.

آبسه ی بارتولن معمولاً یک طرفه بوده و سیری سریع داشته و ظرف ۲ تا ۳ روز تشکیل می شود و به صورت یک توده ی بسیار دردناک و حساس و اغلب همراه با اریتم و تورم بر روی آن تظاهر می کند. و بیمار به سختی (یعنی پا باز) راه میرود. در اکثر موارد در صورت عدم درمان ظرف ۲ تا ۴ روز خود به خود سرباز کرده و تخلیه می شود و ممکن است علائم عمومی وجود داشته باشد.

در کیست بارتولن درد، حساسیت و اریتم و التهاب وجود ندارد.

تدابیر درمانی:

در مراحل اولیه درمانی قبل از تشکیل آبسه ممکن است به درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف (آموکسی-کلاو) نشستن داخل لگن آب گرم (۳ تا ۴ بار در روز هر بار بمدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه) و مسکن پاسخ دهد.

در مورد روش برخورد با آبسه ی بارتولن کمی اختلاف نظر وجود دارد. پاره ای بر این عقیده اند ک بهتر است از همان ابتدا اقدام به کیسه سازی (خصوصاً در افراد با فعالیت جنسی بالا) نمود و پاره ای نیز بر این عقیده اند ک ابتدا اقدام به گذاشتن کاتتر Word کرده و در صورت عود بیماری، کیسه ی سازی را مدنظر قرار دهند.

Word Catheter Insertion :

این عمل را می توان به طور سرپایی در اورژانس یا مطب انجام داد.

۱. وسایل مورد نیاز : کاتتر - Word Bartholins gland سرنگ ۳ سی سی جهت پر کردن بالون کاتتر - سرسوزن نمره ی ۲۲ جهت پر کردن بالون کاتتر - محلول لیدوکائین ۱٪ یا ۲٪ - سرسوزن نمره ی ۲۸ یا ۳۰ و سرنگ ۳ سی سی برای بی حسی - تیغ جراحی نمره ی ۱۱ (نوک تیز جهت برش) - گاز ۴*۴ - نرمال سالین - بتادین - دستکش جراحی

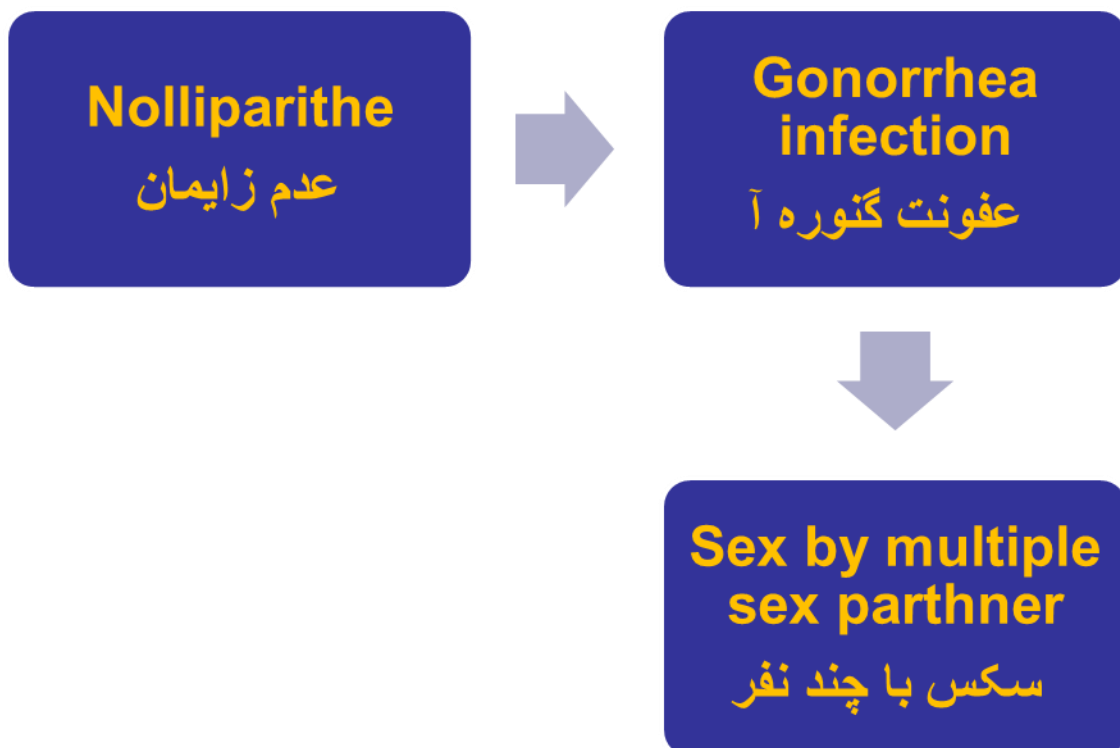
۲. روش کار : بیمار را در وضعیت طاق باز و پا باز قرار دهید. محل مورد نظر برای برش را (نزدیک رینگ بکارت) ضد عفونی و بی حس نمایید. در سطح داخلی آبسه،

درست طرف خارج رینگ پرده ی بکارت یک برش طولی به اندازه ای که فقط اجازه عبور کاتتر را بدهد (۲ تا ۴ میلی متر) ایجاد نمایید. تا محتویات آبه بوسیله انگشتان شست و سبابه ی دست دیگر گرفته و ثابت نگه داشته شود. یک هموستات کوچک را داخل آبه کرده و یا باز و بسته کردن و حرکات چرخشی، لوکالیزاسیون های احتمالی را از بین ببرید و آنگاه داخل آبه را با ۲۰ تا ۲۵ میلی لیتر نرمال سالین بشوید. از ترشحات آبه و نیز سرویکس و واژن نمونه جهت کشت تهیه کنید. کاتتر Word را به داخل واژن منحرف نمایید و با دستورات طبی بیمار را مرخص نمایید کاتتر بایستی ۴ تا ۶ هفته در محل باقی بماند.

۳. پیگیری و مراقبت بعد از عمل: درمان با آنتی بیوتیک (آمپی سیلین یا آموکسی کلاو ۵۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز) تا رفع التهاب و اریتم شروع شود. بهتر است حداقل برای ۲ هفته از نزدیکی خودداری شود. چهار تا ۶ هفته بعد کاتتر خارج شود. در صورتیکه قبل از مدت لازم کاتتر بیافتد، بایستی مجدداً کاتتر گذاشته شود.

نکته: در صورت عدم دسترسی به کاتتر Word می توان طبق روش کلاسیک اقدام به انسیزیون و درناژ آبه نمود (میزان عود در این روش بالا خواهد بود)
کیسه سازی: از این روش در حملات مکرر آبه ی بارتولن استفاده شده و در آن پس از انسیزیون و برداشت بیضی شکل قسمتی از آبه، دیواره ی داخلی آن به مخاط واژن و دیواره ی ویستیبول دوخته می شود.

ریسک فاکتور ابسه بارتولن



فصل دوازدهم آبسه پستان

آبسه پستان عبارت است از یک ناحیه عفونی شده بافت پستان که در اثر مبارزه بدن با عفونت، چرک در آن جمع می‌شود، آبسه دربر گیرنده بافت پستان، نوک پستان، غدد شیری، و مجراهای شیری است.

- علایم شایع آبسه پستان:

۱. درد، حساسیت به لمس، قرمزی و سفتی پستان
۲. تب و لرز
۳. احساس ناخوشی عمومی
۴. دردناک شدن گره‌های لنفاوی زیر بغل

- علل بیماری آبسه پستان:

وارد شدن باکتری‌ها از راه نوک پستان (معمولاً از راه زخم‌های کوچک روی نوک پستان که در روزهای اولیه شیردهی ایجاد می‌شوند).

- عوامل افزایش‌دهنده خطر:

۱. عفونت لگنی پس از زایمان
۲. دیابت (مرض قند)
۳. آرتریت روماتوئید
۴. استفاده از داروهای استروئیدی

۵. سیگار کشیدن به مقدار زیاد
۶. سابقه برداشتن قسمتی از پستان همراه با اشعه
درمانی
۷. پستان مصنوعی سیلیکونی

- پیشگیری از آبسه پستان:

1. نوک پستان و خود پستان را پس از هر بار شیردهی کاملاً بشوید.
۲. اجازه ندهید کودک شیرخوارتان نوک پستان شما را گاز بگیرد یا بجود.
۳. از پارچه‌هایی که پستان را اذیت می‌کنند استفاده نکنید.
۴. نوک پستان را پس از شیردهی با پماد ویتامین - آ و د، یا سایر داروهای موضعی، نرم کنید (در صورت توصیه
- عواقب مورد انتظار:

با درمان معمولاً در عرض ۱۰-۸ روز خوب می‌شود. برای تسریع بهبود آبسه، گاهی تخلیه آن ضروری است.

- عواض احتمالی:

ندرتاً لازم است شیردهی متوقف شود، حتی در مواردی که عفونت شدید است. گاهی لزوم مصرف بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها (به خصوص تتراسیکلین) و داروهای ضد درد موجب می‌شود که شیردهی برای مدت کوتاهی قطع شود. در این حالت باید شیر را مرتباً پمپ نمود.

ندرتاً ممکن است فیستول ایجاد شود (فیستول عبارت است از به وجود آمدن یک مجرای غیرطبیعی بین دو عضو بدن، یا بین یک عضو و محیط بیرون از بدن)

- درمان آبسه پستان:

از پارچه یا حوله آب گرم برای تخفیف درد و تسریع التیام استفاده کنید (اگر آب سرد را امتحان کردید و دیدید بهتر است، از آب سرد استفاده کنید).

تا زمان خوب شدن عفونت پستان، شیردهی به نوزاد را از آن پستان متوقف کنید. به طور منظم از یک پمپ مخصوص پستان برای خارج ساختن شیر از پستان عفونی شده استفاده کنید، تا زمانی که بتوانید شیردهی را مجدداً از آن پستان از سر بگیرید. جراحی برای تخلیه

آبسه (معمولاً انجام نمی‌شود).

- داروها:

۱. آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت لزوم، برای مبارزه با عفونت.
۲. استفاده از داروهای ضد درد معمولاً تنها برای ۷-۲ روز پس از انجام عمل جراحی لازم است.

- فعالیت:

پس از درمان، فعالیت‌های عادی خود را به محض رو به بهبود گذاشتن علایم از سر بگیرید.

- رژیم غذایی:

هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

- در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید:

۱. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علایم آبسه پستان را دارید.

۲. اگر یکی از مشکلات زیر به هنگام درمان رخ می‌دهد:
تب؛ شدید شدن درد؛ گسترش عفونت علی‌رغم درمان؛
علایم در عرض ۷۲ ساعت رو به بهبود نگذارند.

۳. اگر دچار علائم جدید و غیرقابل کنترل شده اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

آیا شیر دادن در زمان وقوع آبسه پستان ممنوع است؟

درمان آبسه نیز شبیه ماستیت است هر چند ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه هم باشد. به طور کلی تغذیه شیرخوار با شیر مادر در موارد بروز آبسه پستان، از پستان مبتلا منعی ندارد مگر این که آبسه به مجاری شیر سر باز کرده باشد البته معمولاً آبسه به بیرون از نسج پستان باز می شود.

به طور کلی اگر آبسه پستان شکافته شود و شکاف نزدیک به نوک پستان نباشد ادامه تغذیه از پستان مبتلا بدون اشکال است اما اگر محل شکاف به نوک پستان و هاله نزدیک باشد مادر می تواند مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت شیر آن پستان را بدوشد و دور بریزد ولی تغذیه کودک را از پستان دیگر ادامه دهد.

اگر نوک پستان مادر مبتلا به زخم یا شقاق شود چه باید کرد؟

زخم و شقاق نوک پستان علل مختلفی دارد، از جمله وضعیت نادرست گرفتن پستان مادر توسط شیرخوار، شستشوی مکرر پستان با الکل و صابون یا استفاده از

محلول ها یا کرم هایی که نوک پستان را تحریک می کنند. برای درمان باید کودک را به دفعات و در حالات مختلف شیرداد و از شستن پستان با آب و صابون قبل از هر بار شیردهی پرهیزکرد، از مصرف مواد تحریک کننده نوک پستان نیز خودداری نمود.

بهترین روش برای بهبود شقاق پستان باقی گذاردن یک تا چند قطره شیر مادر روی نوک پستان در پایان تغذیه شیرخوار و در معرض هوا و نور خورشید قرار دادن پستان است.

استفاده از گرمای خشک مثلا گرمای سشوار (با درجه کم) روزی ۳ تا ۵ بار هر بار ۳ تا ۵ دقیقه و با فاصله حداقل ۷ تا ۸ سانتی متر از محل شقاق ، بسیار موثر و کمک کننده است.

همچنین می توان یک لامپ ۶۰ وات معمولی را روشن و در فاصله ۴۰ سانتی متری نوک پستان برای مدت ۲۰ دقیقه قرار داد و این کار را ۴ بار در ۲۴ ساعت تکرار نمود.

برفک نوک پستان چرا به وجود می آید و چگونه درمان می شود؟

برفک معمولا به دنبال مصرف آنتی بیوتیک به وجود می آید.

پوست ناحیه مبتلا قرمز، براق، پوسته پوسته و نوک

پستان نیز کمی کمرنگ تر می شود. گاهی اوقات شیرخوار هم مبتلا به برفک دهان است که در این حالت هم مادر و هم شیرخوار باید درمان شوند. مدت درمان مادر ۱۴ روز و با محلول یا کرم نیستاتین است که روزی ۴ بار بعد از شیر دادن روی نوک و هاله پستان مالیده می شود.

درمان شیرخوار فقط با محلول نیستاتین می باشد که روزی ۴ بار و هر بار بعد از شستن و خشک کردن ناحیه، ۱۵ قطره از محلول را باید به آرامی در سطح داخلی دهان شیرخوار یعنی داخل گونه ها، لثه ها و روی زبان مالید.

باید توجه داشت که مدت درمان به طور معمول ۱۴ روز است و بهترین زمان بلافاصله بعد از تغذیه است که اثر آن تا نوبت بعدی تغذیه باقی می ماند. درمان مادر و کودک نیز باید تواما ادامه یابد

ریسک فاکتور اُبسه سینه

Infection

عفونت



**Block gland
breast**

انسداد سینه



**Infection
areola**

عفونت الوئول سینه

فصل سیزدهم سرطان پستان

متأسفانه در کشور ما اوج فراوانی سرطان پستان در بین زنان در دهه چهار و پنج عمرشان است که طبق گفته بسیاری از پزشکان يك دهه پایین تر از آمارهای جهانی است. به همین دلیل توصیه می‌شود تمام زنان زیر ۴۰ سال به فاصله یک تا دو سال توسط پزشک معاینه شوند و از این سن به بعد هر سال به پزشک مراجعه کنند. در واقع از چهل سالگی به بعد باید علاوه بر معاینات، ماموگرافی (تصویربرداری از پستان) هم، سالانه انجام شود تا با تکرار این بررسی‌ها به صورت منظم، بتوان سرطان پستان را در مراحل اولیه شناسایی و نسبت به درمان قطعی آن اقدام نمود.

البته ناگفته نماند خوشبختانه این سرطان از جمله سرطان‌های قابل پیشگیری و قابل تشخیص زودرس است که با ارائه راهکارهای ویژه، می‌توان به کاهش مراجعه دیر هنگام و ارائه درمان مؤثر به منظور افزایش بقاء، کاهش مرگ و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران کمک شایانی کرد.

اما در حال حاضر سرطان پستان علت اصلی منتهی به مرگ در سنین ۷۹-۴۰ سالگی در زنان است که نقشی مشابه بیماری‌های قلبی عروقی در مردان بازی می‌کند. گرچه واضح است که ابتلا به این بیماری به دلیل صدمه روانی حاصل از ابتلا به بیماری صعب‌العلاج سرطان، برای بیماران بسیار ناراحت‌کننده خواهد بود؛ اما همان‌طور که پیش از این هم به آن اشاره شد خوشبختانه امروزه با استفاده از روش‌های غربالگری و تشخیص زودرس این بیماری و همچنین پیشرفت‌های درمانی تحول‌بزرگی در معالجه این بیماری ایجاد شده است.

در همین زمینه با دکتر فرنوش فتوحی متخصص زنان و زایمان به گفت و گو نشستیم.

سن، سابقه فامیلی، ژنتیک؛ عوامل خطر و ایجادکننده سرطان پستان
فتوحی در ابتدا در خصوص عوامل خطر و ایجادکننده سرطان پستان اظهار داشت: عوامل

متعددی در بروز سرطان پستان دخیل هستند که مهم ترین آنها عبارتند از سن، سابقه فامیلی، عوامل ژنتیکی و هورمونی، اولین حاملگی بالای ۳۰ سال و...

وی ادامه داد: باید بگویم از آنجا که سرطان پستان به عنوان یک بیماری جنس مؤنث شناخته شده، لذا جنس اغلب به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفته نمی‌شود؛ چراکه بطور کلی تنها یک درصد سرطان های پستان در جنس مذکر اتفاق می افتد. البته افزایش سن از عوامل خطر بسیار مهم در سرطان پستان است، سرطان پستان در زنان زیر ۳۰ سال شایع نیست، اما متأسفانه میانگین سن بروز سرطان پستان در زنان ایرانی بین ۱۵-۱۰ سال کمتر از کشورهای غربی است و بیشترین موارد سرطان پستان در بین سنین ۴۹-۴۰ سال گزارش می شود.

این متخصص زنان و زایمان خاطرنشان کرد: بهتر است در خصوص این سرطان بگویم که علائم این سرطان شامل توده یا تومور پستان، ترشح از نوک پستان، تغییرات پوست و نوک پستان است که البته در مراحل اولیه کاملاً بدون علامت است و به همین دلیل ماموگرافی توصیه می شود.

توده بدون درد؛ شایع ترین علامت

وی اضافه کرد: در واقع توده بدون درد شایع ترین علامت سرطان پستان است که در حدود ۷۵ درصد موارد توسط خود بیمار و یا معاینه ماهیانه کشف می شود و با توجه به اینکه توده هم در بیماری خوش خیم و هم بدخیم می تواند دیده شود، بهتر است در صورت لمس هر توده ای در پستان به پزشک مراجعه شود.

فتوحی ضمن اشاره به اینکه ترشح از نوک پستان معمولاً به دنبال بیماری های خوش خیم پستان ایجاد می شود، ادامه داد: با وجود اینکه وجود ترشحات نوک پستان در اغلب موارد همراه با سرطان پستان نیست، اما به دلیل احتمال وجود سرطان در همراهی با این علامت بررسی دقیق آن ضروری است. ترشح خونی که خودبخودی است و از یک پستان و یک مجرا خارج می شود، احتمال بیشتری برای همراهی با سرطان پستان دارد.

این جراح زنان تصریح کرد: ترشحاتی که شک به وجود سرطان را بر می انگیزند شامل

ترشحات خونی یا آبکی، ترشحاتی که خودبخودی و بدون فشار خارج می شوند، ترشحاتی که از یک پستان و از یک مجرای نوک پستان خارج می شود، ترشحاتی که همراه با توده باشد و ترشحات پس از یائسگی.

فرورفتگی یا کشیدگی پوست پستان

وی در ادامه بیان داشت: تومور سرطانی همچنان که نسوج اطراف خودش را درگیر می کند، باعث کوتاه شدن رباط های نگهدارنده پوست پستان می شود و این تغییر به نوبه خود فرورفتگی هایی در پوست ایجاد می کند. البته کشیدگی پوست یک یافته قطعی دال بر سرطان نیست و گاهی به دنبال بیماری های خوش خیم پستان نیز یافت می شود.

تغییرات نوک پستان

این متخصص زنان و زایمان اظهار داشت: در برخی از افراد فرورفتگی نوک پستان ممکن است متعاقب شیردهی یا پس از دوران بلوغ و بدون نشانه خاصی ایجاد شود که قابل برگشت است، اما در سرطان این فرورفتگی حالت ثابت دارد و با معاینه دقیق پستان ممکن است وجود توده ای در زیر نوک پستان مشخص شود.

تغییرات در اندازه پستان

فتوحی خاطر نشان کرد: گاهی اوقات نیز به علت بزرگی بیش از حد تومور در یک پستان، پستان ها از حالت متقارن خارج شده و به طور واضح پستان یک طرف بزرگ تر از طرف مقابل می شود. البته اندازه دو پستان در افراد سالم نیز کاملاً مشابه نیست، اما بزرگی یک پستان نسبت به طرف دیگر که اخیراً ایجاد شده باشد، باید مورد توجه قرار گیرد.

وی در ادامه تصریح کرد: بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل و تورم یک طرفه بازو و اندام فوقانی نیز می تواند از علائم بروز این سرطان باشد.

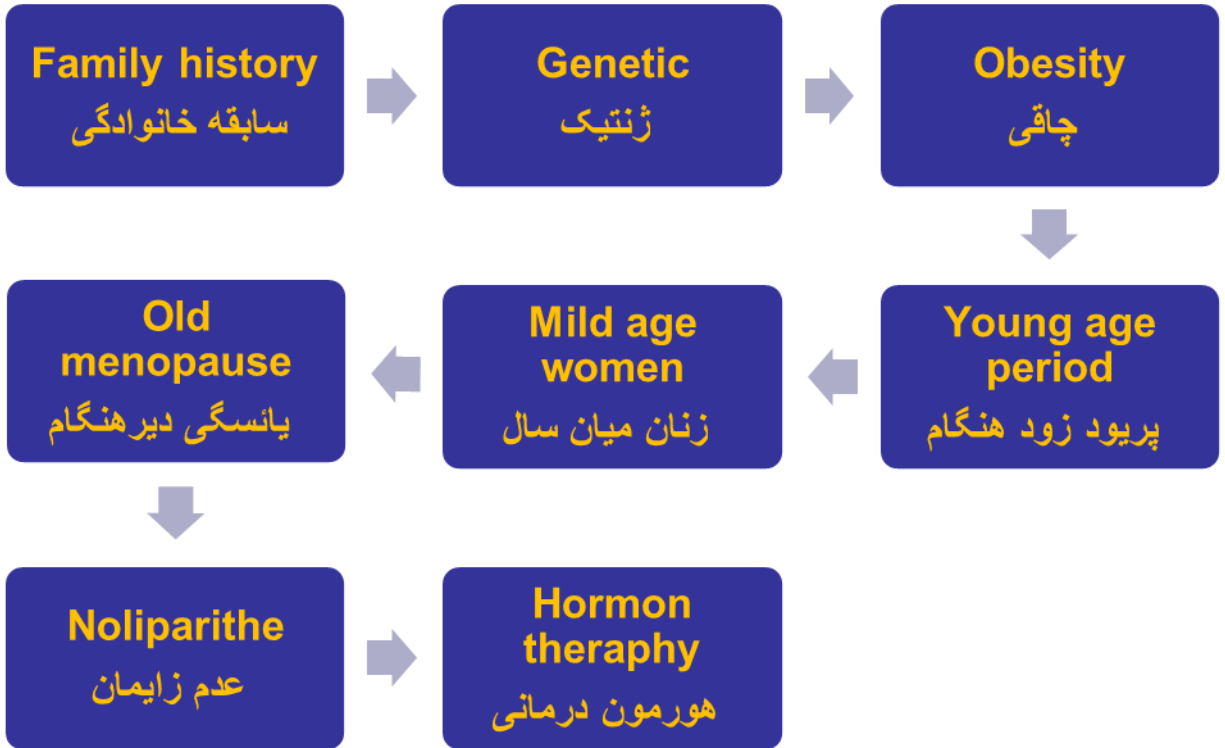
راهکارهای پیشگیری از سرطان پستان

وی در پایان ضمن اشاره به راهکارهایی که جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان سینه توصیه می شود گفت: درباره چربی هایی که مصرف می کنید دقت کنید. قطعاً بسیاری از انواع چربی ها سبب افزایش سطح استروژن در بدن می شود که خود خطر ابتلا به سرطان سینه

را افزایش می دهد. طبق تحقیقات به عمل آمده زنانی که حداقل چهار ساعت در هفته ورزش می کنند در مقایسه با زنانی که فعالیت بدنی ندارند، ۳۷ درصد کمتر به سرطان سینه مبتلا می شوند.

اگر چهل سال یا بیشتر سن دارید، حتما سالی یک بار ماموگرافی کنید، ماموگرافی ۲ تا ۵ سال قبل از آنکه بتوان توده ای را در سینه لمس کرد، سرطان سینه را شناسایی می کند. اگر هنوز عادت ماهیانه می شوید، ۷ تا ۱۰ روز بعد از شروع قاعدگی خودتان سینه هایتان تان را معاینه کنید و اگر دیگر عادت ماهیانه نمی شوید یک روز در ماه را مشخص کرده و هر ماه در آن روز سینه های تان را معاینه کنید.

ریسک فاکتور سرطان سینه



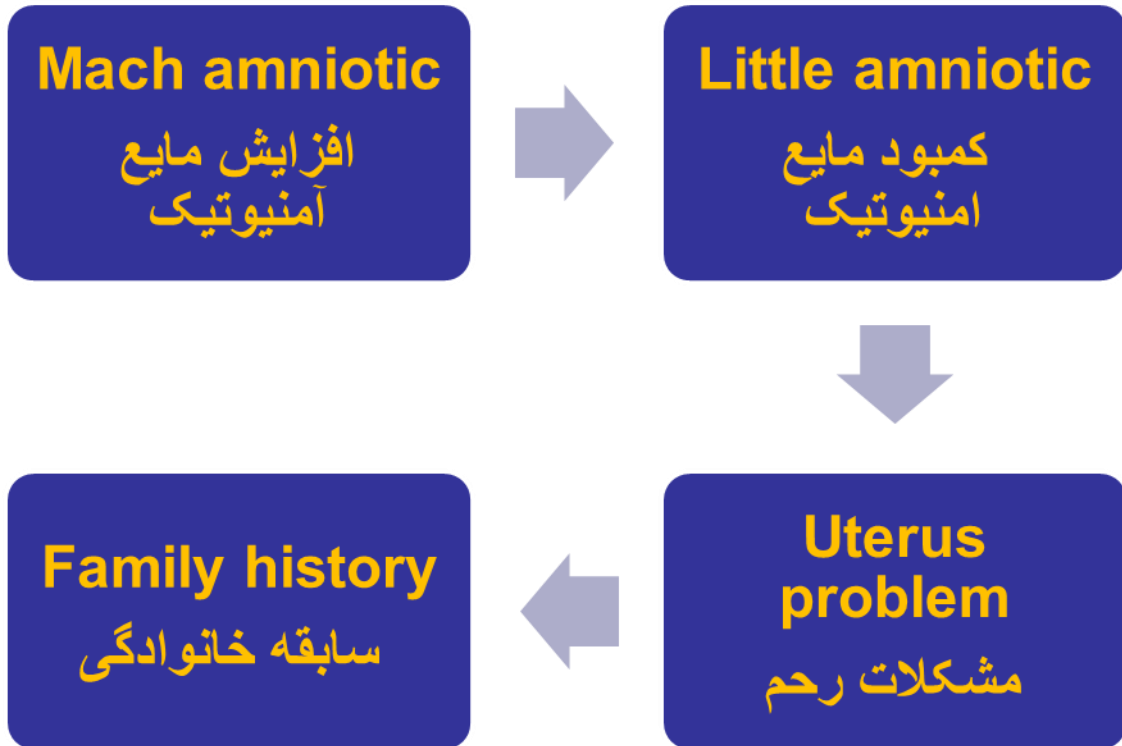
فصل چهاردهم زایمان بریچ

به طور طبیعی نوزاد در اواخر بارداری باید در رحم دارای وضعیتی باشد که سر او پایین و پاهایش بالا باشد. جنین‌ها معمولاً به صورت سر به پایین در رحم مادر قرار دارند، و در هنگام زایمان ابتدا سرشان خارج می‌شود اما به زمانی که سر نوزاد بالا و پاهایش پایین است وضعیت بریچ گفته می‌شود که در آن زایمان طبیعی کمی سخت است و بیشتر نیاز به انجام سزارین خواهد بود. اگر بیش از یک جنین در رحم باشد، نیز احتمال بیشتر زایمان بریچ وجود دارد. هنگامی که جنین در وضعیتی برعکس حالت فوق قرار می‌گیرد و در هنگام زایمان ابتدا با باسن خارج می‌شود، این وضعیت قرارگیری را بریچ می‌نامیم.

جنین‌هایی که در وضعیت بریچ قرار دارند، را می‌توان به نحوی بی‌خطر با زایمان طبیعی به دنیا آورد. اما برای اجتناب از عوارض احتمالی، بسیاری از پزشکان جنین‌هایی را در وضعیت بریچ قرار دارند با عمل سزارین به دنیا می‌آورند. نوزادانی که به طور زودرس متولد می‌شوند، با احتمال بیشتری نسبت به نوزادانی که دوره

کامل بارداری را گذرانده‌اند، در وضعیت بریچ در رحم قرار می‌گیرند. همچنین اگر بیش از یک جنین در رحم باشد، نیز احتمال بیشتر زایمان بریچ وجود دارد. انجمن زنان و زایمان آمریکا بیان می‌کند که زایمان بریچ زمانی بیشتر شایع است که:- مادر در بارداری‌های قبلی هم دچار زایمان بریچ شده باشد.- مادر چندقلو یا دو قلو باردار باشد.- مادر دارای میزان زیاد یا میزان بسیار کم مایع آمنیوتیک باشد.- مادر دچار ناهنجاری‌هایی در شکل رحم بوده و یا دچار رشد غیرطبیعی فیروید در رحم باشد. - جفت مادر به طور کامل یا نسبی دهانه رحم را بسته باشد که به این حالت جفت سر راهی گفته می‌شود.- نوزاد نارس به دنیا بیاید.

ریسک فاکتور حاملگی بریچ



فصل پانزدهم کانسر سرویکس

سرطان دهانه رحم:

سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع زنان پس از سرطان پستان است میزان شیوع آن در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای پیشرفته است و در کشورهای در حال توسعه علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان می باشد.

سرطان دهانه رحم در مراحل اولیه اغلب بدون علامت است اما با پیشرفت بیماری می توان علائمی را مشاهده نمود که شایعترین آنها

عبارتند از: خونریزی غیرطبیعی و ترشح واژینال غیرطبیعی که اغلب نیز بدبو می باشد.

تقریباً ۸۰ تا ۹۰ درصد از بیماران الگوهای مختلفی از خونریزیهای غیرطبیعی را نشان می دهند شامل:

✓ خونریزی پس از مقاربت

✓ خونریزی غیر طبیعی قاعدگی

✓ لکه بینی بین قاعدگی

✓ خونریزی پس از یائسگی

همچنین مشاهده شده است که در بعضی از بیماران تنها نشانه وجود سرطان دهانه رحم ، ترشح واژینال غیرطبیعی می باشد.

"عوامل خطرزا در ایجاد سرطان دهانه رحم"

مطالعات بسیاری نشان می دهند که مهمترین عوامل خطرزا و موثر در ایجاد سرطان دهانه رحم عبارتند از:

- پایین بودن سن در هنگام ازدواج (کمتر از ۱۶ سالگی)
- پایین بودن سن در زمان اولین مقاربت (کمتر از بیست سال)
- داشتن شریکهای جنسی متعدد
- داشتن شریک جنسی ای که خود شرکای جنسی متعددی داشته باشد.

- پایین بودن سن در هنگام اولین بارداری
- بالا بودن تعداد زایمانها
- استعمال دخانیات
- ابتلا به عفونت پاپیلوما ویروس انسانی (این ویروس از طریق جنسی انتقال می یابد و عمدتا در اثر ابتلا به آن سرطان ایجاد می شود)
- وضعیت اجتماعی اقتصادی نامناسب
- مصرف کم سبزیجات و میوه جات

"پیشگیری و تشخیص سرطان دهانه رحم"

یکی از بزرگترین اهداف مراکز پزشکی و بهداشتی پیشگیری از وقوع سرطان دهانه رحم و ظهور علائم آن است. با توجه به آن که بهترین پیشگیری آموزش است، شناسایی راههای پیشگیری ابتلا به سرطان دهانه رحم و آموزشهای لازم به بیماران می تواند موفقیت بزرگی را در کاهش میزان ابتلا به سرطان دهانه رحم ایجاد نماید.

بهترین راه شناسایی سرطان دهانه رحم در مراحل اولیه که اغلب بدون علامت نیز می باشد انجام تست پاپ اسمیر است.

این تست بایستی در کلیه زنان از زمانی که از نظر جنسی فعال شده اند هر سال یک بار انجام گیرد. بعد از سن سی سالگی در صورت وجود

سه تست متوالی سالانه طبیعی و عدم مواجهه با عوامل خطرزا می توان
فواصل تست مزبور را به دو یا سه سال افزایش داد.

برای انجام این تست بهتر است که شرایط زیر رعایت
شود:

- ۱- تست پاپ اسمیر در طول خونریزی قاعدگی گرفته نشود.
- ۲- چهل و هشت ساعت قبل از انجام تست پاپ اسمیر از مقاربت
خودداری شود.
- ۳- چهل و هشت ساعت قبل از انجام تست پاپ اسمیر از تامپون،
کرم و دوش واژینال استفاده نشود.

جهت انجام تست پزشکی یا ماما در حین انجام معاینه دستگاه تناسلی
زنان مقداری از سلولهای مخاط دهانه رحم را بدون ایجاد درد و ناراحتی
با وسیله مخصوص برداشته و بر روی یک لام شیشه ای منتقل و پس
از تثبیت جهت بررسی به آزمایشگاه ارسال می شود تا لام پاپ اسمیر
توسط پاتولوژیست در زیر میکروسکوپ از نظر وجود سلولهای پیش
بدخیم و سرطانی بررسی گردد.

اگر در جواب پاپ اسمیر سلولهای پیش بدخیم و سرطانی گزارش شود
لازم است از بافت دهانه رحم نمونه برداری گردد زیرا تنها با یک نمونه
بافتی از دهانه رحم تشخیص قطعی سرطان دهانه رحم مشخص می
شود.

"درمان سرطان دهانه رحم"

سرطان دهانه رحم دارای چهار مرحله می باشد که در مراحل اولیه هنگامی که بیماری تنها محدود به دهانه رحم می باشد درمان عمل جراحی است و بقای عمر ۵ ساله بیماربیش از ۹۵% می باشد در حالیکه در مراحل پیشرفته تر، جهت درمان، رادیوتراپی نیز لازم است و بقای عمر ۵ ساله کمتر از ۱۰% می باشد.

ریسک فاکتور سرطان سرویکس

Hpv infection

عفونت با ویروس
پاپیلوما

Sti

عفونت جنسی

Hiv

ایدز

**High risk
sexual behavior**

رفتار جنسب پر خطر

Smoking

سیگار کشیدن

**Immune
disorders**

اختلالات ایمنی

فصل شانزدهم سرویسیت (عفونت سرویکس)

تعریف سرویسیت حاد: (وجود ترشح موکوسی چرکی زرد به همراه افزایش تعداد WBC در موکوس سرویکس که به < 10 عدد در درشت نمایی بزرگ میکروسکوپ (HPF) می رسد. علائم بیمار به صورت ترشح واژینال چرکی است.

در ۶۰٪ موارد کلامیدیا و گنوکوک و مایکوپلازما ژنیتالایوم پیدا می شود و در بقیه موارد، اتیلوژی نامعلوم است.

تست تزاید اسیدنوکئیک (NAAT) برای کلامیدیا و گنوکوک توصیه می شود.

افتراق واژینیت از سرویسیت:

در سرویسیت، ترشحات از اندوسرویکس خارج می شوند به علاوه این ترشحات چرکی یا موکوسی چرک هستند و با کشیدن سوآب در دهانه رحم خونریزی ایجاد می شود.

درمان: اگر وجود گنوره مثبت بود، درمان علیه گنوره + کلامیدیا انجام می شود.

اگر گنوره منفی بود، درمان فقط علیه کلامیدیا انجام می شود.

اگر سرویسیت پایدار مقاوم به درمان باشد باید به روش اکسزیون الکتریکی با لوپ (LEEP) قسمتی از سرویکس را برداریم با این هدف که غدد عمقی ریشه کن شوند.

ریسک فاکتور التهاب سرویکس

**High risk
sexual behavior**

رفتار جنسی پر خطر



Sex in early age

سکس زودهنگام

فصل هفدهم دیسمنوره

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک از شایع ترین مشکلات زنان است . به صورتی که ۵۰ تا ۷۰ درصد زنان به آن مبتلا می باشند . دیسمنوره یک درد خاص همراه با قاعدگی است که دلیل عمده غیبت از مدرسه و محل کار در زنان می باشد . این مشکل در اکثر موارد ، با پریودهای ماهانه همراه با تخمک گذاری دیده می شود و براساس سن شروع و دلایل بوجود آورنده ، به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود.

* دیسمنوره اولیه : این حالت معمولاً قبل از سن ۲۰ سالگی و تقریباً همیشه ۶ تا ۱۲ ماه بعد از اولین قاعدگی شروع می شود . اگر دردها ۳ سال بعد از اولین قاعدگی (منارک) شروع شود و یا اگر دیسمنوره همراه با دوره های بدون تخمک گذاری باشد ، باید به فکر علل ثانویه بود.

معمولاً درد چند ساعت قبل یا همزمان با خونریزی قاعدگی شروع شده و حداکثر دو تا سه روز طول می کشد . دردها بیشتر در زیر ناف است . دردها گاه به کمر ، کشاله ران و رانها نیز انتشار می یابد . علائم دیگری مثل تهوع ، استفراغ ، بی اشتهایی ، اسهال ، خستگی ، تحریک پذیری و گاه سردرد ، می تواند وجود داشته باشد . دیسمنوره اولیه با افزایش سن و زایمان طبیعی ممکن است بهبود یابد . این بیماری

احتمالاً در زنانی که مادران آنها نیز دچار این ناراحتی بوده اند شایعتر است. در این بیماری پروستاگلاندین ها نقش دارند که سبب انقباضات رحمی و دیگر علائم عمومی می شوند.

درمان : فعالیت های فیزیکی ملایم می تواند به تخفیف شکایات بیمار کمک کند. توجه به رژیم غذایی (مثل خوردن غلات سیوس نگرفته ، حبوبات ، سبزیجات و میوه جات بیشتر و کم خوردن یا نخوردن نمک ، کافئین و شکر) نیز در برخی زنان مفید است. استراحت و ماساژ و تکنیک های بیوفیدبک نیز در برخی موارد در تخفیف درد مؤثر است.

اگر بیمار از نظر جنسی فعال است ، استفاده از قرصهای پیشگیری از حاملگی (OCP) با استروژن کم در نود درصد موارد مؤثر خواهد بود که درمان انتخابی می باشد.

درمانهای دارویی تحت نظر متخصص زنان و زایمان انجام شده و در صورتی که ۳ تا ۶ ماه پس از درمانهای مذکور پاسخی مشاهده نشد ، باید به دنبال علل ثانویه بوده و کلیه اقدامات تشخیصی را به کار بست . (خصوصاً در دیسمنورای که پس از ۲۰ سالگی ظاهر شود که تقریباً همیشه از نوع ثانویه است)

*دیسمنوره ثانویه:

این حالت معمولاً بعد از سن ۲۰ سالگی رخ می دهد هر چند که میتواند

در اولین عادت ماهیانه و در هر سنی شروع شود . درد در اینها معمولاً ۵ تا ۷ روز تداوم می یابد . دیسمنوره ثانویه در زنان دارای بیماریهای لگنی مثل (آندومتریوز ، آدنومیوز ، توده های زیرمخاطی رحم ، تنگی شدید گردن رحم ، عفونت های لگنی مزمن ، چسبندگی ها لگنی و هیپرمنوره یا افزایش خونریزی ماهانه) رخ می دهد . در این بیماران معاینات کامل لگن و نیز آزمایش های روتین ، تصویربرداری از رحم و ضمائم آن ، سونوگرافی و ... ممکن است برای تشخیص لازم باشد اما دستیابی به یک تشخیص دقیق همیشه امکان پذیر نیست و اشتباه در تشخیص و افتراق دیسمنوره اولیه و ثانویه فراوان دیده می شود .

درمان : درمان اصلی در دیسمنوره ثانویه ، تشخیص و رفع عامل زمینه ای است اما برخی از انواع ثانویه به درمانهای دارویی با

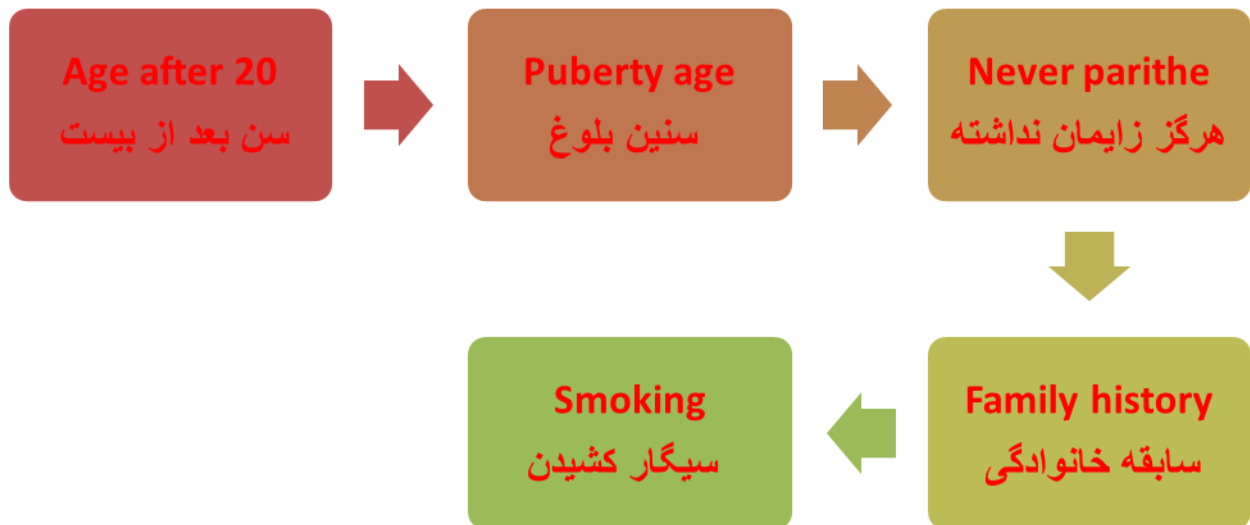
OCP

قرصهای ضد حاملگی یا داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی

NSAIDS

نیز پاسخ نسبی می دهند

ریسک فاکتور دیس منوره



فصل هجدهم بارداری خارج رحمی

اگر تخمک لقاح یافته در هر جای دیگری غیر از داخل رحم جایگزین شود، بارداری نابجا یا خارج از رحم اتفاق می افتد. حدود ۵۰ درصد حاملگی ها به اینصورت پایان می یابند.

در حالت عادی بعد از اینکه تخمک بارور می شود به حرکت خود که از تخمدان شروع شده بود ادامه می دهد تا از لوله به رحم برسد و بر روی دیواره حفره رحمی جایگزین شود. اگر به دلایل مختلف مثل تنگی لوله های رحمی بر اثر چسبندگی ناشی از عفونت یا جراحی های شکمی این حرکت متوقف شود، تخم لقاح یافته ممکن است در محل تنگی لانه گزینی کرده و به رشد خود ادامه دهد. از آنجا که اکثر بارداریهای خارج رحمی در یکی از لوله های رحم رخ می دهند آنرا بارداری لوله ای نیز می نامند. با احتمال بسیار کم ممکن است بارداری خارج رحمی در محل های دیگری نیز دیده شود. سایر مکان های احتمالی جایگزینی عبارتند از: تخمدان، دهانه رحم و یا بخش های دیگر شکم، در موارد نادر همراه با یک بارداری رحمی یک تخم دیگر نیز در جایی خارج از رحم جایگزین می شود؛ البته این اتفاق در IVF که تخمکها بطور مصنوعی لقاح یافته و به داخل رحم تزریق می شوند دیده می شود.

هیچ راهی برای جابجایی محل تخم و انتقال و کاشتن آن در رحم وجود ندارد بنابراین تنها راه درمان ختم حاملگی است. اگر بارداری خارج رحمی به موقع تشخیص داده نشود و مورد درمان قرار نگیرد، با رشد سلولی و بزرگ شدن جنین احتمال پارگی لوله های رحمی وجود دارد. این واقعه با درد شدید و خونریزی همراه است و یک اورژانس پزشکی محسوب می شود. متأسفانه در چنین حالتی آسیب جدی یا از دست دادن کامل لوله رحمی اتفاق می افتد. در این شرایط اگر درمان سریع مقدور نباشد خونریزی شدید داخلی حتی منجر به مرگ نیز خواهد شد.

چه عواملی می تواند خطر بارداری خارج رحمی را افزایش دهد؟
بارداری خارج رحمی در هر خانم در دوره فعالیت جنسی ممکن است رخ دهد، اما بعضی شرایط احتمال وقوع آنرا افزایش می دهد.

در ۱۰ سال گذشته، تعداد بارداری های خارج رحمی تقریباً سه برابر شده است و اگر شما شرایط زیر را داشته باشید این احتمال بالا می رود:

***بارداری بعد از بستن لوله ها (یک جراحی برای جلوگیری از بارداری دائم)**

***انجام هر نوع عمل جراحی در ناحیه لگن. بخصوص اگر بعد از بستن لوله های رحمی با انجام یک جراحی دیگر اقدام به باز کردن آنها کرده باشید این خطر بسیار زیاد است. با این حال بعد از جراحی های کیست تخمدان و فیبروم، برداشتن آپاندیس، یا حتی سزارین قبلی این احتمال بالا می رود.**

***سابقه بارداری خارج رحمی**

***اگر مادر شما حین بارداری شما داروی دی اتیل استیل استرول یا DES مصرف کرده باشد.**

***اگر در حین داشتن IUD باردار شده باشید. معمولاً IUD یک روش خوب جلوگیری از بارداری است و تا ۹۹ درصد مانع از بارداری می شود. نکته مهم این است که اثر جلوگیری آن در بارداری های داخل رحمی است. بنابراین وجود IUD باعث بارداری خارج رحمی نمی شود بلکه اگر قرار باشد بارداری خارج رحمی اتفاق بیافتد به احتمال کمتری از یک بارداری طبیعی می تواند از آن جلوگیری کند.**

*آسیب دیدگی لوله ها ناشی از ابتلا به عفونتهایی که می توانند موجب التهاب و عفونت لگن یا PID شوند. بیماریهای مقاربتی بخصوص عفونت با کلامیدیا و بیماری سوزاک حتی اگر علائم واضحی برای شما نداشته باشند ممکن است سبب درگیری لوله ها شوند.

*اگر قبلا تشخیص ناباروری برای شما داده شده و یا درمان شده اید. از آنجا که برخی از ناباروری ها به علت اختلال در لوله های رحم رخ می دهند، در اینصورت شما نسبت به افراد عادی احتمال بیشتری برای بارداری خارج رحمی دارید.

*احتمال وقوع بارداری خارج رحمی در خانمهای مسن تر بیشتر است. برخی مطالعات نشان می دهد که کشیدن سیگار و استفاده مرتب از دوش واژینال نیز این خطر را افزایش می دهند.

با دیدن چه علائمی باید به بارداری خارج رحمی شك کرد؟

علائم بارداری خارج رحمی معمولا در هفته های ۶ و ۷ حاملگی توسط خانمهای باردار کشف می شوند، اگر چه برخی نیز این علائم را حدود هفته چهارم دارند. در گروهی نیز بارداری خارج رحمی تا قبل از اینکه سونوگرافی سه ماهه اول بارداری انجام شود تشخیص داده نمی شود.

علائم ممکن است از فردی به فرد دیگر تفاوت داشته باشد و این بستگی به محل قرار گیری تخم نیز دارد. بهترین حالت این است که بارداری خارج رحمی در مراحل اولیه و با کمترین علائم تشخیص داده شود تا از خطر پارگی لوله و خونریزی شدید جلوگیری بعمل آید. با این حال گاهی علائمی واضحی وجود ندارد. در بارداری خارج رحمی معمولاً تستهای خانگی حاملگی مثبت نمی شوند، بنابراین اگر ظن قوی به حاملگی دارید و حتی بعد از تأخیر در پیروود تست شما مثبت نشده است بهتر است برای انجام بررسی به پزشک مراجعه کنید.

اگر هر يك از علائم زیر را بخصوص در ۱۲ هفته اول بارداری مشاهده کردید فوراً با پزشک خود تماس بگیرید:

*درد یا گرفتگی در ناحیه شکم یا لگن. معمولاً درد ناگهانی، ثابت و شدید است اما ممکن است در اوایل بصورت گهگاه و متوسط باشد. ممکن است درد را فقط در يك سمت از شکم احساس کنید و نیز می تواند به قسمتهای دیگر هم کشیده شود. احتمالاً تهوع و استفراغ نیز به همراه دارد.

*درد بخش تحتانی شکم به هنگام لمس یا زمانی که سرفه می کنید یا در حین حرکات روده ها و اجابت مزاج.

*خونریزی یا لکه بینی قهوه ای. ممکن است فکر کنید که پریود شده اید بخصوص اگر انتظار بارداری نداشته باشید. خونریزی ممکن است بصورت مداوم یا منقطع باشد.

*درد شانه در يك سمت بخصوص وقتی که دراز می کشید بدلیل پاره شدن لوله و تحریک صفاق در ناحیه ای بین سینه و شکم رخ می دهد. این علامت برای اقدام در جهت درخواست درمان سریع پزشکی بسیار مهم است.

*اگر لوله رحم پاره شود ممکن است ضعف، گیجی یا غش کردن بدلیل از دست دادن خون و شوک نیز رخ دهد.

بارداری خارج رحمی چطور تشخیص داده می شود؟

از آنجا که امکان وجود بسیاری از علایم فوق در يك بارداری طبیعی نیز هست، تشخیص بارداری خارج رحمی برای پزشك آسان نیست. بنابراین از روشهای زیر در تشخیص آن كمك گرفته می شود:

آزمایش خون و اندازه گیری مقدار HCG در خون. در يك بارداری طبیعی مقدار گنادوتروپین جفتی انسانی HCG به سرعت افزایش می یابد و اگر سطح HCG آن طور که انتظار می رود افزایش نیابد، به وجود نوعی بارداری غیر طبیعی مشکوک می شویم. در صورت وجود بارداری خارج رحمی، ممکن است سطح HCG افزایش یابد ولی در سونوگرافی، هیچ نشانه ای مبنی بر بارداری درون رحم دیده نمی شود.

معاینه داخلی از طریق واژن. احتمالاً دهانه رحم بسیار دردناک بوده و ممکن است در معاینه توده ای در ناحیه لوله ها و خارج از رحم لمس شود.

سونوگرافی. سونوگرافی راه خوبی برای تشخیص بارداری خارج رحمی است. ممکن است با سونوگرافی بتوان بارداری لوله ای را درون لوله فالوپ مشاهده کرد. پزشك ممکن است بدلیل پارگی لوله یا خونریزی، مقداری خون در حفره شکم ببینید و یا توده ای در ناحیه لوله فالوپ یا تخمدان قابل مشاهده باشد.

ممکن است حتی با انجام آزمایشات فوق تشخیص قطعی امکانپذیر نباشد. گاهی در سقط نیز علائمی مشابه دیده می شود. بنابراین ممکن است پزشک فرد را تحت نظر بگیرد یا درخواست لاپاروسکوپی نماید. با استفاده از لاپاروسکوپی، بهتر می توان بارداری خارج رحمی را تشخیص داد. برش های بسیار کوچکی در ناحیه ناف و بخش تحتانی شکم ایجاد می شود و پزشک داخل شکم و اعضای لگنی را با وسیله کوچکی به نام لاپاروسکوپ مشاهده می کند. با این روش می توان محل بارداری خارج رحمی را پیدا نمود.

بارداری خارج رحمی چطور درمان می شود؟

روش درمان به زمان تشخیص و اینکه تشخیص چقدر قطعی باشد و همچنین به اندازه جنین و تکنیکهای در دسترس بستگی دارد و هدف پزشک خارج کردن جنین و حفظ توانایی باروری است.

اگر بارداری به وضوح در خارج از رحم بوده و اندازه جنین هنوز کوچک باشد شاید بتوان از درمان دارویی استفاده کرد. درمان غیر جراحی یک بارداری خارج رحمی بدون پارگی، استفاده از نوعی داروی

ضد سرطان به نام متوترکسات است که به صورت تزریق داخل وریدی در بیمارستان یا درمانگاه بیماران سرپایی، تجویز می شود. متوترکسات ترکیبی است که باعث مسموم شدن سلول ها و خاتمه بارداری می شود. در صورتی که سطح HCG پس از این روش درمانی کاهش یابد، نشانه به پایان رسیدن بارداری است و پس از آن علائم نیز بهبود می یابند. این حال ممکن است بعد از استفاده از دارو نیز نهایتاً نیاز به جراحی وجود داشته باشد.

اگر وضعیت مادر خوب بوده و جنین نیز هنوز خیلی بزرگ نشده باشد که آسیب به لوله های رحمی وارد کرده باشد می توان از جراحی لاپاروسکوپی نیز برای خارج کردن آن استفاده کرد. همانطور که در بالا توضیح داده شد با استفاده از یک دوربین بسیار کوچک داخل لگن مشاهده شده و جراحی نیز با لوازم بسیار ریز و دقیق انجام می شود. این عمل با بی حسی موضعی انجام می شود و نقاهت آن کمتر از یک هفته خواهد بود. البته نیاز به تجهیزات و پزشک متخصص کاملاً ورزیده در استفاده از این روش دارد.

در صورتی که افزایش سن بارداری و سائز جنین منجر به آسیب جدی در ناحیه شده و یا خونریزی شروع شده باشد بهترین روش جراحی با بیهوشی و باز کردن شکم است تا جنین و کلیه نسوج آسیب دیده خارج شود. ممکن است در شرایطی بتوان لوله رحم را ترمیم کرد اما گاهی

لازم است كل يك لوله خارج شود و اين مساله روي توانايي باروري در آينده تاثيرگذار خواهد بود. دوره نقاهت در جراحي شكمي حدود ۶ هفته خواهد بود.

بنابراين بهتر است سعي شود كه پيش از پارگي و تخریب لوله، بارداري لوله اي تشخيص داده شود. با تشخيص زود هنگام مي توان مانع از بروز خونريزي داخلي بدليل پارگي و خونريزي لوله و احتمالاً از دست دادن لوله رحمي شد. اغلب بارداري هاي خارج رحمي حدود هفته هاي ۶ تا ۸ بارداري شناسايي مي شوند. كليد تشخيص زود هنگام، توجه به علائم و رابطه مناسب بين شما و پزشك و بحث در مورد وجود هر نوع علامت و شدت آن است.

آيا بعد از يك بارداري خارج رحمي مي توان يك بارداري طبيعي و سالم را تجربه كرد؟

بله. هر چه زودتر بارداري خارج رحمي تشخيص داده و درمان شود صدمات كمترى به لوله هاي رحم وارد شده و شانس يك حاملگي عادي را در آينده افزايش مي دهد. حتي اگر خاتمي يكي از لوله هايش را از دست بدهد باز هم مي تواند مادامي كه يك لوله رحم سالم دارد بطور عادي باردار شود. با اين حال در آينده به محض آگاهي از بارداري بايد

به پزشك خود اطلاع دهد تا سونوگرافي زودهنگام و بررسي هاي لازم انجام شود.

جاي اميدواري است كه اگر تحت شرايطي خانمي هر دو لوله رحم خود را از دست بدهد، مي تواند از روشهاي درمان ناباروري مانند IVF براي قرار دادن تخمك لقاح يافته در محل مناسب استفاده كند و دوران بارداري را بگذراند.

احتمال وقوع يك بارداري خارج رحمي ديگر چقدر است؟

بطور كلي اين احتمال حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد است، بسته به اينكه علت اولين بارداري خارج رحمي چه بوده و از چه روش درماني استفاده شده است. در واقع اگر دليل اوليه شما عفونت و انسداد لوله اي باشد ممكن است همان تاثير را بر لوله رحم ديگر شما گذاشته باشد و در اين حالت ممكن است احتمال وقوع مجدد آن به ۸۵ تا ۹۰ درصد نيز برسد.

با غم از دست دادن و سوگ ناشي از اين حادثه چه بايد كرد؟

این تجربه ممکن است برای شما خیلی ناراحت کننده باشد، به هر حال شما يك بارداری را از دست داده اید و این برایتان سخت است که بخواهید دوباره حامله شوید. بعلاوه ممکن است تحت يك عمل جراحی قرار گرفته باشید و در دوران نقاهت آن بسر می برید و تغییرات هورمونی سریع نیز ممکن است حالت کلافگی و افسردگی در شما ایجاد کرده باشد. بنابراین بهتر است قبل از اینکه بخواهید دوباره باردار شوید فرصت کافی به خود بدهید تا از نظر جسمی و بخصوص از نظر عاطفی به وضعیت مطلوبی برسید. بسیاری از متخصصین توصیه می کنند که حداقل ۳ ماه صبر کنید تا بدن شما شرایط سلامتی را بدست آورده باشد. (به یاد داشته باشید که ریسک بارداری خارج رحمی مجدد حتی بعد از این ۳ ماه کاهش نمی یابد و به عواملی بستگی دارد که قبلا به آن اشاره شد.) به هر حال ممکن است شما برای بارداری بعدی بسیار مشتاق باشید و یا برعکس وحشت زده و محتاط شوید.

در عین حال همسر شما نیز ممکن است غمگین باشد و احساس درماندگی کند و در این شرایط نداند که چطور باید عواطف خود را بیان کرده و از شما نیز حمایت کند. این واقعه ممکن است زندگی مشترک شما را تحت فشار قرار دهد و از سویی دیگر ممکن است بتوانید از این فرصت برای نزدیکتر شدن به هم استفاده کنید؛ بیشتر در مورد احساسات و نگرانیهایتان و آنچه فکر می کنید با یکدیگر صحبت کنید.

خیلی خوب است اگر به یک مشاور روانشناسی یا روانپزشک برای کمک در تسریع بهبودی از این سوگ مراجعه کنید.

ریسک فاکتور حاملگی خارج رحمی

**Previous
ectopic pregnancy**

سابقه بارداری خارج رحم
در بارداری قبلی



Gonorrhea

عفونت گنوره آ



Salpingitis

سالپنژیت

Use of iud

مصرف ایو دی

سرطان آندومتر

پوشش مخاط رحم آندومتر (Endometrium) نام دارد و اکثر سرطانهای رحم (Uterine Cancer) از این پوشش ایجاد می شوند که به آنها سرطان آندومتر (Endometrial cancer) می گویند و اغلب در جامعه سرطان آندومتر را مترادف سرطان رحم می دانند. سرطان آندومتر چهارمین سرطان شایع در خانمها است و اگر به موقع تشخیص داده شود، پیش آگهی آن خیلی خوب خواهد بود. یکی از علائم سرطان رحم خونریزی پس از یائسه شدن است، بنابراین خونریزی پس از یائسه شدن را باید جدی تلقی کرد. چاقی و استفاده از هورمونهای استروژنی خطر سرطان آندومتر را زیاد می کنند.

پوشش مخاط رحم آندومتر (Endometrium) نام دارد و اکثر سرطانهای رحم (Uterine Cancer) از این پوشش ایجاد می شوند که به آنها سرطان آندومتر (Endometrial cancer) می گویند و اغلب در جامعه سرطان آندومتر را مترادف سرطان رحم می دانند. سرطان آندومتر چهارمین سرطان شایع در خانمها است و اگر به موقع تشخیص داده شود، پیش آگهی آن خیلی خوب خواهد بود. یکی از علائم سرطان رحم خونریزی پس از یائسه شدن است، بنابراین خونریزی پس از

یائسه شدن را باید جدی تلقی کرد. چاقی و استفاده از هورمونهای استروژنی خطر سرطان آندومتر را زیاد می کنند.

رحم (Uterus) یک عضو توخالی گلابی شکل است که در داخل لگن قرار دارد و محل تکامل جنین می باشد. تخمین زده می شود در سال ۲۰۱۳ تعداد ۴۹۵۶۰ مورد جدید سرطان رحم و ۸۱۹۰ مورد مرگ ناشی از سرطان رحم در آمریکا اتفاق بیفتد. رحم دارای یک پوشش مخاطی است که از داخل آنرا مفروش کرده است و بیرون از این پوشش مخاطی عضلات رحم هستند. سرطان رحم معمولاً از پوشش مخاطی رحم ایجاد می شود که به آن سرطان آندومتر می گویند و موضوع مورد بحث این مقاله نیز سرطان آندومتر است. سرطان آندومتر یا سرطان رحم (Uterine Cancer) شایعترین سرطان دستگاه تولید مثل در زنان می باشد. آن چهارمین سرطان شایع در خانمها پس از سرطان سینه، سرطان ریه و سرطان روده بزرگ می باشد. سرطان آندومتر در زنان یائسه بیشتر دیده می شود. بیش از ۹۰ درصد موارد سرطان آندومتر در خانمهای بالای ۵۰ سال دیده می شود.

عوامل خطر زا: یک عده فاکتورهائی هستند که زنان را مستعد ابتلا به سرطان آندومتر می کنند، آنها عبارتند از:

. چاقی: چاقی یکی از مهمترین عوامل است. میزان شیوع سرطان آندومتر در اروپا و آمریکای شمالی ۱۰ برابر کشورهای در حال توسعه است، علت آن شیوع زیاد چاقی در کشورهای مذکور می باشد.

- . عدم تعادل هورمونی: هر عاملی که سبب شود میزان هورمن استروژن در خون خانمها زیاد گردد، استعداد به ابتلا به سرطان آندومتر را زیاد می کند. مثلا تخمک گذاری نامنظم که در بیماری تخمدان پلی کیستیک اتفاق می افتد، چاقی و دیابت.
- . مصرف استروژن بعد از یائسگی
- . یک نوع نادر از تومور تخمدان که استروژن ترشح می کند.
- . هر قدر طول مدتی که یک خانم در طول زندگی پریود می شود بیشتر باشد، خطر سرطان آندومتر (Endometrial cancer) نیز بیشتر خواهد شد. مثلا اگر پریود قبل از ۱۲ سالگی شروع و یائسگی دیر اتفاق بیفتد.
- . خانمهاییکه هرگز حامله نشده اند
- . افزایش سن
- . هورمون درمانی برای سرطان سینه: خانمهاییکه برای درمان سرطان سینه از تاموکسیفن استفاده کرده اند، خطر سرطان آندومتر (Endometrial cancer) در آنها بیشتر است. ولی باید در نظر داشت که منافع مصرف تاموکسیفن در خانمهای مبتلا به سرطان سینه بیشتر از مضرات آن است.
- . سرطان ارثی روده بزرگ: آن یک بیماری ارثی است که ابتلا به سایر سرطانها مثل سرطان آندومتر را بیشتر می کند.

سرطان آندومتر (Endometrial cancer) به دو نوع تقسیم می شود:

- نوع ۱ که رشد آهسته دارد و وابسته به هورمونهای زنانه است.
- نوع ۲ که رشد سریع دارد و رابطه ای با هورمونهای زنانه ندارد.

خوشبختانه ۸۰ درصد سرطانهای آندومتر از نوع یک می باشند.

علائم

تشخیص زودرس سرطان خیلی مهم است، چون سرطان آندومتر سبب خونریزیهای غیر طبیعی می شود، بنابراین بیمار به پزشک مراجعه کرده و تشخیص در مراحل اولیه داده می شود. اگر سرطان رحم (Uterine Cancer) یا همان سرطان آندومتر در مراحل اولیه تشخیص داده شود، درآوردن رحم معمولاً سبب درمان کامل می گردد.

علائم سرطان آندومتر را بشرح زیر می توان خلاصه کرد:

- خونریزی واژینال بعد از یائسگی
- پریودهای طولانی و یا خونریزی ما بین پریودها
- ترشح مایع آبکی و خون آلود از واژن
- درد لگن
- درد در حین نزدیکی

تستهای تشخیصی

تشخیص سرطان آندومتر با معاینه، تصویر برداری و نمونه برداری می

باشد.

مرحله بندی: مرحله ای که سرطان در آن قرار دارد، از نظر پیش آگهی و درمان خیلی اهمیت دارد. نوع درمان را مرحله سرطان مشخص می کند. برای اینکه مشخص کنیم که سرطان آندومتر در چه مرحله ای است از عکس سینه، سی تی اسکن شکم و لگن و آزمایشات خون استفاده می شود.

سرطان رحم دارای ۴ مرحله است:

- ۱. مرحله ۱: سرطان محدود به خود رحم است و از آن خارج نشده است.
- ۲. مرحله ۲: سرطان هم رحم و هم گردن رحم را گرفتار کرده است.
- ۳. مرحله ۳: سرطان از رحم خارج شده و وارد لگن شده است ولی هنوز راست روده و مثانه را گرفتار نکرده است.
- ۴. مرحله ۴: سرطان از لگن نیز عبور کرده و علاوه از راست روده یا مثانه به نقاط دور دست نیز ممکن است منتشر شده باشد، مثل ریه.

هر قدر مرحله سرطان افزایش می یابد پیش آگهی نیز بدتر می شود.

درمان

درمان بستگی به مرحله سرطان، شرایط عمومی بیمار و ترجیح بیمار دارد. درمان در اکثر موارد با جراحی است که در آن رحم، لوله های رحمی و تخمدانها خارج می گردند. بعد از جراحی ممکن است از

پرتودرمانی برای کاهش شانس میزان عود سرطان استفاده شود. اگر شرایط عمومی بیمار مساعد نباشد و یا اینکه بیمار سرطان پیشرفته داشته باشد از پرتودرمانی برای کنترل سرطان و کنترل درد استفاده می شود.

هورمون درمانی: هورمون درمانی در مواردی انجام می شود که سرطان آندومتر (Endometrial cancer) پیشرفته بوده و به خارج از رحم دست اندازی کرده باشد. برای هورمون درمانی از داروهای زیر استفاده می شود:

. تجویز پروژسترون که ممکن است رشد سلولهای سرطانی را متوقف سازد.

. چون ۸۰ درصد سرطانهای آندومتر وابسته به هورمون استروژن هستند، می توان داروهایی که میزان استروژن خون را کم می کنند تجویز کرد.

شیمی درمانی: شیمی درمانی در مواردی انجام می شود که سرطان آندومتر پیشرفته بوده و به خارج از رحم دست اندازی کرده باشد. برای شیمی درمانی ممکن است یک یا چند دارو تجویز شود.

پیشگیری

برای کاهش خطر ابتلا به سرطان رحم (Uterine Cancer) یا سرطان آندومتر می توان اقدامات زیر را انجام داد:

. اگر شما یائسه هستید و هورمون درمانی می شوید در مورد تاثیر

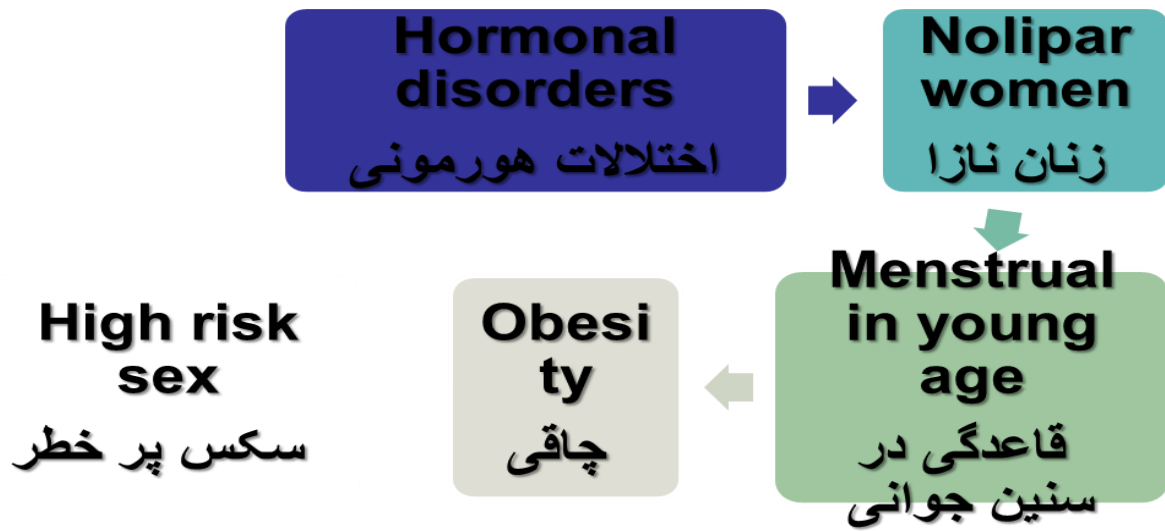
مصرف هورمون در ایجاد سرطان آندومتر با پزشک خود مشورت
نمائید. اگر رحم شما قبلاً درآورده شده است، خطری شما را تهدید
نمی کند. برای هورمون درمانی جهت کاهش علائم یائسگی بهتر
است استروژن و پروژسترون را با هم تجویز کرد و از تجویز
استروژن تنها اجتناب نمود. هورمون درمانی خطر سرطان سینه
را نیز زیاد می کند.

. استفاده از قرصهای ضدحاملگی: استفاده حداقل یک سال از
قرصهای ضد حاملگی از خطر سرطان آندومتر می کاهد. پس از
قطع مصرف قرصهای ضد حاملگی اثرات کاهش خطر سرطان
آندومتر سالها باقی می ماند.

. وزن ایده آل: چاقی خطر سرطان آندومتر را به مقدار زیادی
افزایش می دهد. اگر چاق هستید و اضافه وزن دارید نسبت به
کاهش آن اقدام کنید.

. ورزش بمدت ۳۰ دقیقه و چند جلسه در هفته از خطر سرطان
آندومتر می کاهد.

ریسک فاکتور سرطان رحم



فصل بیستم آندومتریت

اندومتریت التهاب و عفونت اندومتر است و ترشح خارجی آن کم بوده و می تواند با علائم غیر اختصاصی مثل تندرُس رحمی یا AUB (خون ریزی غیر طبیعی رحم) تظاهر یابد.

تشخیص: با بیوپسی است: در حالت نرمال در نیمه دوم سیکل، لنفوسیت و PMN در اندومتر رویت می شود ولی پلاسماسل بطور طبیعی در اندومتر دیده نمی شود. در صورت بروز اندومتریت، نوتروفیل در اپیتلیوم سطحی + Plasmacell در استروما رویت می شوند. پس وجود پلاسماسل در اندومتر مساوی است با اندومتریت. از عوامل زمینه ساز سزارین و جراحی رحم می باشد.

نکته: در اندومتریت همراه IUD، در ۵% موارد اکتینومایسس اسراییلی یافت شده است که در این مورد، در صورت نبود علامت نیازی به خروج IUD نیست؛ ولی اگر علامت دار شود، برای ۲-۴ هفته، آمپی سیلین تجویز می شود و سپس IUD را خارج می کنیم.

اقسام اندومتریت شامل:

۱. اندومتريت دوران نفاسى

۲. اندومتريت كلاميدياىي يا گنوكوكى (متعاقب سالىپنژيت)

۳. اندومتريت پس از جراحى يا وسيله گذارى يا دستكارى با وسايل

۴. اندومتريت TB

۵. اندومتريت چركى در پى پيومترى سرويكس (پيومترا ناشى از تنگى سرويكس يا كارگذارى رادىوم)

۶. پيومترى همراه IUD

نكته: پيومترى خود به خودى در زنان غير حامله، با كلاميديا تراكوماتيس، گنوكوك و مايكوباكترىوم ژنيتاليوم ارتباط قوى دارد. با واژينوز باكتريال ارتباط ضعيف ترى دارد.

علائم اندومتريت: مى توان با خون ريزى غير طبيعى رحم، خونريزى قاعدگى شديد را تندرئس سرويكس و رحم با حركت دادن تظاهر يابد.

درمان: شامل آزيترومايسين، سفيكسيم يا ۷ روز مترونيڊازول مى باشد.

فصل بیست یکم ناباروری در زنان

ناهنجاری های مربوط به تخمک گذاری معمولاً رایج ترین دلیل ناباروری در زنان است و ۳۰٪ ناباروری در زنان از این ناهنجاری ها نشئت می گیرد. خوشبختانه تقریباً ۷۰٪ از این ناهنجاری ها را می توان با استفاده از داروهایی نظیر کلومیفن و منوگون یا رپرونکس درمان کرد. دلایل ناهنجاری های موجود در تخمک گذاری را می توان در چند دسته زیر تقسیم بندی کرد:

۱) مشکلات هورمونی

مشکلات هورمونی شایع ترین دلایل برای عدم تخمک گذاری خوب هستند. روند تخمک گذاری به تعادل پیچیده ای که باید میان هورمون ها و فعل و انفعالات آنها برقرار شود بستگی دارد و هرگونه اختلال در این روند می تواند مانع تخمک گذاری شود.

دلایل اصلی ایجاد این مشکل به شرح زیر است:

عدم موفقیت در تولید تخمک های رسیده

تقریباً در ۵۰٪ از موارد عدم تخمک گذاری، تخمدانها قادر به تولید فولیکول های نرمال نیستند تا تخمک بتواند درون آنها رشد بیابد و

برسد. اگر تخمک ها نارس باشند تخمک گذاری به ندرت انجام می شود و شانس باروری تقریباً به صفر می رسد.

سندروم تخمدان پلی کیستیک رایج ترین دلیل برای بروز این مشکل است که علائمی از قبیل آمنوره (فقدان قاعدگی)، هیرسوتیسم (hirsutism) ، عدم تخمک گذاری و ناباروری دارد. این سندروم با کاهش تولید FSH و سطح نرمال یا بیش از حد LH، استروژن و تستسترون تشخیص داده می شود. فرضیه موجود فعلی این است که سطح کاهش یافته FSH باعث رشد فولیکول های نارس می شوند. باید دانست افزایش استروژن می تواند ریسک ابتلا به سرطان سینه را افزایش دهد.

نقص در عملکرد هیپوتالاموس

هیپوتالاموس قسمتی از مغز است که مسئول ارسال سیگنال به غده هیپوفیز می باشد و محرک های هورمونی را در قالب FSH و LH برای کمک به رشد تخمک ها به تخمدان ها می فرستد. اگر هیپوتالاموس نتواند این فرآیند را به درستی انجام دهد تخمک ها رشد نخواهند کرد و این در ۲۰٪ موارد دلیل عدم تخمک گذاری مناسب است.

نقص در عملکرد غده هیپوفیز

مسئولیت غده هیپوفیز تولید و ترشح FSH و LH است. اگر این دو هورمون به مقدار کم یا زیاد تولید شوند، تخمدان ها قادر به تخمک گذاری مناسب نخواهند بود. این ناهنجاری ممکن است به علت صدمات فیزیکی، تومور یا عدم توازن شیمیایی در غده هیپوفیز ایجاد شود.

۲) تخمدان آسیب دیده

صدمات فیزیکی وارده به تخمدان ها می تواند موجب عدم موفقیت در تخمک گذاری گردد. برای مثال انجام اعمال جراحی وسیع و متعدد برای برداشتن کیست های تخمدانی ممکن است باعث شود کپسول تخمدان آسیب ببیند، به طوری که فولیکول ها نتوانند به خوبی رشد یابند و تخمک گذاری انجام نشود. عفونت هم می تواند چنین اثری ایجاد نماید.

۳) یائسگی پیش از موعد

این مورد جزو دلایل نادری است که موجب عدم تخمک گذاری می شود و البته توضیح مشخصی برای آن وجود ندارد. در برخی زنان یائسگی زودتر از سن معمول ایجاد می شود. این فرضیه وجود دارد که تولید طبیعی تخمک در این زنان به پایان می رسد. به نظر می رسد این گونه موارد اکثراً در زنانی که فعالیت های شدید ورزشی دارند و یا سابقه طولانی کمبود وزن داشته اند بیشتر مشاهده می شود. البته امکان دارد این عارضه حالت ژنتیکی نیز داشته باشد.

۴) مشکلات مربوط به فولیکول ها

«سندروم پاره نشدن فولیکولها» در زنانی رخ می دهد که فولیکول های نرمالی تولید می کنند که حاوی تخمک نیز می باشد، با این حال فولیکول ها قادر به پاره شدن نیستند. بنابراین تخمک درون تخمدان باقی می ماند و تخمک گذاری به درستی انجام نمی شود.

ب) دلایلی که موجب عملکرد ضعیف لوله های فالوپ می شوند

تقریباً ۲۵٪ از زوج هایی که ناباروری دارند به عارضه های مربوط به لوله های فالوپ مبتلا هستند. این عارضه دامنه گسترده ای دارد که از چسبندگی های مختصر تا انسداد کامل لوله ها امتداد می یابد. درمان عارضه های مربوط به لوله فالوپ اغلب عمل جراحی است، که معمولاً در قالب جراحی میکروسکوپی و لیزر انجام می شوند. نرخ موفقیت این اعمال ۳۰٪ است، البته فرآیندهای خاصی وجود دارد که نرخ موفقیتشان بالغ بر ۶۵٪ گزارش شده است. دلایل اصلی بروز مشکلات لوله های فالوپ به شرح زیر است:

۱) عفونت

عفونت هم از طریق باکتری و هم از طریق ویروس ایجاد و بین زوجین منتقل می شود. این عفونت ها به طور معمول موجب تورم می گردند که به نوبه خود باعث بروز اسکار و آسیب می شوند.

یکی از این نمونه ها هیدروسالپنکس است. در این حالت لوله های فالوپ از هر دو طرف مسدود می شود و مایع روان درون آن جمع می گردد.

۲) بیماری های شکمی

رایج ترین این بیماری ها آپاندیس و کولیت است که موجب تورم حفره شکمی می شوند که به نوبه خود بر لوله های فالوپ تأثیر می گذارند و به ایجاد اسکار و مسدود شدن آنها منتج می شوند.

۳) جراحی های گذشته

انجام اعمال جراحی یکی از دلایل اصلی بروز مشکل در لوله های فالوپ است. جراحی در ناحیه لگن یا شکم ممکن است به چسبندگی هایی منجر شود و این چسبندگی ها مانع انتقال تخمک ها شوند.

۴) حاملگی خارج از رحم

حاملگی خارج از رحم به بارداری اطلاق می شود که درون خود لوله فالوپ اتفاق می افتد، حاملگی خارج از رحم در بهترین حالت درمان نیز موجب وارد آمدن آسیب به لوله می شود و می تواند جان مادر را به خطر بیندازد.

۵) مشکلات مادرزادی

در موارد نادری ممکن است زنان در لوله های فالوپ خود مشکلات مادرزادی داشته باشند که معمولاً با مشکلاتی در رحم همراه است.

پ) اندومتریوز

تقریباً ۱۰٪ از زوج هایی که به ناباروری دچارند از مشکل اندومتریوز رنج می برند. ۵ میلیون زن در امریکا به اندومتریوز مبتلا هستند، و این یعنی ۶ تا ۷ درصد از زنان امریکا. در واقع ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به اندومتریوز نابارور هستند. یعنی دو تا سه برابر نرخ ناباروری در جمعیت عادی زنان. در زنانی که به اندومتریوز مبتلا هستند شانس باروری با افزایش ضخامت جداره رحم که اندومتر نامیده می شود کاهش می یابد. رشد و افزایش ضخامت اندومتر فقط درون رحم اتفاق نمی افتد، بلکه در سایر نقاط حفره شکمی مانند لوله های فالوپ، تخمدان ها و ناحیه لگنی نیز اتفاق می افتد. درمان و تشخیص این

بیماری فقط از طریق انجام لاپراسکوپ تشخیصی میسر است، لاپراسکوپ تشخیصی در واقع روشی است برای مشاهده مستقیم رحم، لوله های فالوپ و حفره لگنی.

از جمله علائم این بیماری معمولاً می توان به قانذگی های شدید، دردناک و طولانی، احساس نیاز ناگهانی به دفع ادرار، خونریزی از مقعد و لکه بینی پیش از موعد قانذگی اشاره کرد. با این حال گاهی هیچ علائمی وجود ندارد. در مورد این بیماری باید دانست که هیچ رابطه ای میان میزان علائم و شدت بیماری وجود ندارد. نرخ چند قلو زائی در بیمارانی که اندومتريوز خفیف دارند و به لحاظ آناتومی وضعیت نرمالی دارند رایج است. مطالعات نشان می دهد که درمان اندومتريوز خفیف در افزایش نرخ بارداری تأثیری ندارد.

ت) عوامل دیگر

۱) سایر عواملی که می توانند بر باروری زنان تأثیرگذار باشند:

دست کم ۱۰٪ از موارد ناباروری در زنان به علت داشتن رحم غیر طبیعی رخ می دهد. شرایطی از قبیل فیبروم، پلیپ و آدنومیوزیس می توانند موجب انسداد لوله های فالوپ و رحم شوند.

نقایص مادرزادی مانند رحم دوشاخه ای ممکن است موجب سقط مکرر یا عدم بارداری شوند.

تقریباً علت ناباروری ۳٪ از زوج هایی که با مشکل ناباروری مواجه هستند، مایع مخاطی گردن رحم زن است. این مایع باید غلظت خاصی داشته و به لحاظ کمی به اندازه ای باشد که اسپرم بتواند درون آن به

راحتی شناور شود. رایج ترین دلیل برای بروز مشکلات مربوط به این مایع مخاطی، عدم تعادل هورمونی است، یعنی استروژن خیلی پایین و یا پروژسترون خیلی بالا.

۲) عوامل رفتاری

این مطلب کاملاً ثابت شده است که عادات فردی و سبک زندگی می تواند بر سلامت تأثیر گذار باشد، بسیاری از این عادات می تواند شانس باروری زوجین را کاهش دهد. البته خوشبختانه بسیاری از این عادات را می توان تغییر و نتیجتاً شانس باروری را افزایش داد.

• رژیم غذایی و ورزش

عملکرد بهینه دستگاه تناسلی مستلزم داشتن رژیم غذایی و سطح مناسب فعالیت بدنی است. زنانی که کمبود یا اضافه وزن فاحش دارند معمولاً در بارداری دچار مشکل هستند.

• مصرف سیگار

مطالعات نشان می دهد که مصرف سیگار مقدار اسپرم را کاهش و نتیجتاً شانس ناباروری، زایمان زودتر از موعد، و تولد نوزادانی با وزن پایین را افزایش می دهد. چنانچه زوجین هر دو سیگار مصرف کنند، شانس باروری در هر سیکل، چه به روش طبیعی و چه از طریق آی.وی.اف به یک سوم کاهش می یابد.

• مصرف الکل

• مصرف مواد مخدر

مواد مخدری همچون ماری جوانا و استروئیدهای آنابولیک بر میزان اسپرم تولیدی در مردان تأثیر می گذارد. مصرف کوکائین در زنان باردار موجب کند ذهنی شدید و مشکلات کلیوی فرزند می شود. شاید بتوان گفت مصرف کوکائین در دوران بارداری بدترین تأثیر را بر جنین دارد.

۳) عوامل محیطی و حرفه ای

توانایی باروری افراد ممکن است با توجه به توکسین ها و مواد شیمیایی موجود در محیط کار آنها تحت تأثیر قرار بگیرد. عناصری که موجب بروز جهش های ژنی، مشکلات زایمانی، سقط جنین، عقیمی و یا ناباروری می شوند توکسین های تناسلی نامیده می شوند. با توجه به آمار و مطالعات انجام شده در ایالات متحده امریکا اکنون چهار ماده شیمیایی در این دسته قرار داده می شود:

•سرب

•درمان های طبی و داروها

•اکسید اتیلن

•دی برومو کلرو پروپان

فصل بیست دوم یائسگی زود هنگام

از کار افتادگی زودرس تخمدان‌ها یا یائسگی زود هنگام (POF) از کار افتادگی زودرس تخمدان‌ها (یائسگی 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 مقدار هورمون تحریک‌کننده‌ی فولیکول‌ها (FSH) افزایش می‌یابد. یک تا ۴ درصد از جمعیت زنان به این 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 یائسگی رخ می‌دهد. اما در دختران و زنان جوانی که به بیماری از کار افتادگی پیش‌رس تخمدان‌ها دچار شده‌اند، تخمک‌ها به روزگار جوانی از دست می‌روند یا دچار نارسایی می‌شوند. در نتیجه، بیمار جوان دچار یائسگی زودهنگام می‌شود. این یائسگی 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 یائسگی 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 پدیدآورنده‌ی این بیماری روشن نیست. اما در برخی از زنان می‌توان به علت پدیدآورنده پی برد. برخی از آن‌ها عبارتند از:

۱. کروموزومی/ژنتیکی (نشانگان ترنر، نشانگان سوایر، نشانگان ایکس شکننده، نشانگان عدم حساسیت به آندروژن، وراثت خانوادگی)
۲. آنزیمی/متابولیک (گالاکتوزومی، تالاسمی، هماکروماتوزومی)
۳. شیمی‌درمانی/پرتودرمانی
۴. برداشتن تخمدان‌ها با جراحی
۵. عفونت ویروسی
۶. ترشح غیرعادی یا کارکرد نادرست گنادوتروپین‌ها (FSH) و (LH)
۷. 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. پزشک از او درباره‌ی پیشینه‌ی خانوادگی، نارسایی هورمونی و عفونت ناحیه‌ی لگن می‌پرسد و او باید درست و روشن به این پرسش‌ها پاسخ دهد. سپس، از او می‌خواهد دو بار آزمون هورمون FSH با فاصله‌ی یک ماه از هم انجام دهد. اندازه‌گیری مقدار این هورمون در خون روشن می‌کند که آیا تخمدان‌ها درست کار می‌کنند یا نه. مقدار عادی آن بین ۱۰ تا ۱۵ و در زنان بیمار بالای ۴۰ (به واحد mlU/ml) است.

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 درمان‌های دیگری هم نیاز داشته باشد. چون در این بیماری تخمک‌ها از دست می‌روند، نازایی پی‌آمد 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 زودهنگام، بارداری 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 تخمک‌زن‌های دیگر بهره برد.

فصل بیست سوم منوراژی

منوراژی يك اختلال نسبتاً شایع که مشخصه آن خونریزی قاعدگی بیش از معمول یا طولانی‌تر از معمول است. میانگین میزان از دست دادن خون در طی يك دوره قاعدگی طبیعی حدود ۵۰ سی‌سی است. در حالت منوراژی میزان دفع خون ممکن است ۷۵ سی‌سی یا بیشتر باشد. این حالت به ندرت نشانه يك اختلال زمینه‌ای وخیم است.

- علایم شایع:

۱. عدم تعادل هورمون‌های زنانه (استروژن و پروژسترون)
۲. طول کشیدن دوره قاعدگی بیش از هفت روز
۳. دفع لخته‌های خونی زیاد
۴. رنگ‌پریدگی و خستگی (ناشی از کم‌خونی)
۵. میزان خونریزی قاعدگی بیش از معمول (که این میزان بین

بیماران مختلف بسیار متفاوت است).

- علل بیماری:

۱. عدم تخمک‌گذاری (اختلال در آزاد شدن تخمک در هر ماه)

۲. فیبروئیدها (تومورهای خوش‌خیم رحم)

۳. عفونت لگنی

۴. اختلال اندومتر

۵. آیودی

۶. کم‌کاری تیروئید

- عوامل افزایش‌دهنده خطر:

۱. چاقی

۲. مصرف استروژن (بدون پروژسترون)

۳. خانم‌های نزدیک سن یائسگی

۴. خانم‌های جوانی که چرخه تخمک‌گذاری آنها هنوز منظم نشده است

- پیشگیری:

معاینه لگنی سالیانه همراه نمونه‌گیری از گردن رحم (پاپ‌اسمیر)

- عواقب موردانتظار:

بسته به علت خونریزی متغیر است، مواردی که علل هورمونی عامل خونریزی است معمولاً به درمان پاسخ می‌دهد.

- عوارض احتمالی:

کم‌خونی ناشی از دفع خون بیش از حد، جراحی ممکن است لازم باشد.

- درمان:

آزمون‌های تشخیصی خاص (نظیر آزمایش حاملگی، نمونه‌برداری آندومتر، آزمایش خون) برای کمک به تعیین علت خونریزی ممکن است انجام شود. درمان معمولاً به سن بیمار، تمایل یا عدم تمایل وی برای بچه‌دار شدن و اختلالات زمینه‌ای بستگی دارد. استفاده از نوار بهداشتی بیش از حد معمول در طی خونریزی بیش از حد برای پیشگیری از گرفتاری مربوط به خونریزی در صورت استفاده از آیودی، روش ضدبارداری دیگری را انتخاب کنید. دیلاتاسیون و کورتاژ (گشاد کردن گردن رحم و تراشیدن سطح داخلی رحم با یک کورت) ممکن است انجام شود. برداشت رحم با جراحی ممکن است در موارد مقاوم به درمان که تمایل به بچه‌دار شدن نیز وجود ندارد در نظر گرفته

شود.

- داروها:

هورمون درمانی برای کنترل خونریزی ممکن است تجویز شود. اگر هورمون درمانی به دلایلی قابل تجویز نباشد، داروهای دیگری برای کنترل خونریزی ممکن است توصیه شود. مکمل آهن جهت کمخونی ممکن است تجویز شود.

- فعالیت:

استراحت در بستر در حالتی که پاها مختصری بالا قرار گیرند ممکن است سودمند باشد.

- رژیم غذایی:

رژیم خاصی نیاز نیست.

- در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید:

۱. اگر علائم پس از شروع درمان تشدید گردد.

۲. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علائم منوراژی باشید.

۳. اگر دچار علائم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای تجویزی

ممکن است با عوارض جانبی همراه باشند.

فصل بیست پنجم تخمدان پلی کیستیک

تخمدان پلی کیستیک PCO که به آن سندرم هیپر آندروژنیک مزمن همراه با عدم تخمک گذاری و یا همان تنبلی تخمدان گفته می شود. در ۵ تا ۱۰ درصد از زنان دیده می شود و یکی از شایعترین علل ناباروری در خانمهاست. این بیماری با وجود بزرگی دوطرفه تخمدانها و قاعدگی نامنظم به دلیل افزایش هورمون آندروژن - هورمون مردانه تظاهر می کند. این بیماری شایعترین علت پرمویی یا هیرسوتیسم (۷۰ - ۸۰٪ موارد) و نیز شایعترین علت عدم تخمک گذاری مزمن ثانویه (کمتر از ۶ تا ۹ بار قاعدگی در سال) است.

علائم تخمدان پلی کیستیک :

- هیرسوتیسم (پرمویی)
- چاقی یا اضافه وزن
- پوست چرب و شوره
- آمنوره یا قاعدگی نامنظم
- نازایی
- بزرگی دوطرفه تخمدانهای پر از کیست

•مجموع علائم فقط در نیمی از بیماران دیده می شود. تعداد قابل توجهی از زنان چاق مبتلا به تخمدان پلی کیستیک ، دچار هیپر انسولینمی یا افزایش انسولین خون - به دلیل مقاومت به انسولین نیز هستند.

علت تخمدان پلی کیستیک

• علت این بیماری نامشخص است ، ولی در خواهر و مادر فرد مبتلا و در دوقلوها ، در هر دوقل دیده می شود. بنابراین جنبه ارثی نیز برای آن مطرح میگردد. می توان مکانیسم زیر را برای توضیح علت آن مشخص نمود.

• شاخص ترین اختلال در تخمدان پلی کیستیک ، افزایش آندروژنها - هورمونهای مردانه - است که احتمالاً دلیل اصلی آن اختلال ترشح هورمونهای محرک از هیپوتالاموس در مغز و به دنبال آن گونادوتروپینها از زمان بلوغ (به دلیل یک اختلال ژنتیکی ، استرسهای روحی ، تغییرات تولید یا اثر انسولین ، ویا تغییرات وزن) است.

در این بیماران تخمدان ثابت ترین منبع تولید هورمون مردانه آندروژن است. گاهی نیز اختلال در تولید این هورمونها از غده فوق کلیه مشاهده می شود که موجب بروز پرمویی یا هیرسوتیسم می گردد. سرعت و شدت پیشرفت هیرسوتیسم معمولاً کم بوده و تظاهرات مردانه

معمولا نادر است اما اگر علایمی مانند کلفت شدن صدا و نیز خشن شدن موها مشاهده شد باید به فکر تومورهای تولید کننده آندروژن بود.

• چاقی : حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد مبتلایان به این بیماری چاق هستند که معمولا از نوع زنانه - گلابی شکل - است. چاقی نیز به نوبه خود موجب افزایش هورمونهای آزاد مردانه و افزایش علایم و نیز افزایش مقاومت به انسولین می شود.

• لکه های پوستی : برخی از بیماران نیز دچار لکه های قهوه ای مایل به سبز در مناطق مختلف بدن مانند گردن ، زیر بغل ، زیر پستان ، کشاله ران و ناحیه پرینه هستند که در لمس حالت مخملی دارد. این لکه ها نشانه مقاومت به هورمون انسولین است و با مصرف متفورمین تا حدودی کاهش می یابد.

سونوگرافی در تخمدان پلی کیستیک :

استروژن بالا و مقادیر بالای هورمون مهار کننده اینهیبین در تخمدانها موجب مهار ترشح هورمون محرک تخمک گذاری FSH شده و این مساله همراه با آندروژن بالا باعث می شود تا فولیکولهای اولیه تکامل نیافته باقی بمانند و تخمک گذاری رخ ندهد.

بنابراین در تخمدانها معمولا کیستهای متعددی به اندازه ۴ - ۷ میلی متر ایجاد شود. که در سونوگرافی شبیه به گردنبندی از مروارید سیاه دیده می شود. این کیستها در تمام بیماران مشاهده نمی شود ولی می تواند نشانه خوبی برای تشخیص تخمدان پلی کیستیک باشد. مهمترین یافته

در سونوگرافی این افراد افزایش دو طرفه کیستهای کوچک است که که در هر تخمدان بیش از ۵ کیست دیده می شود.

خطرات طولانی مدت

• در آن دسته از بیمارانی که دچار عدم تخمک گذاری به صورت مزمن هستند ، افزایش طولانی مدت استروژن که توسط هورمون پروژسترون مقابله نمی شود می تواند احتمال بروز سرطان اندومتر - رحم - را افزایش دهد. همچنین احتمال بروز سرطان تخمدان و پستان نیز افزایش می یابد. این خطر در زنان غیر چاق و نیز کسانی که از قرصهای پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند بیشتر است. بنابراین درمان هرچه زودتر این عارضه ضروری است.

پزشک برایم تشخیص تخمدان پلی کیستیک داده است ، چه درمانی مناسب است؟

• درمان بستگی به تمایل و هدف شما از درمان دارد. بعضی از بیماران می خواهند از بارداری پیشگیری کنند و یا اثر استروژن زیاد بر اندومتر را کاهش دهند . این بیماران از قرصهای پیشگیری از بارداری سود می برند و یا میتوانند از قرصهای پروژسترونی

(مانند مدروکسی پروژسترون) به مدت ۱۰ روز در هر سیکل استفاده کنند.

● کاهش وزن : کاستن از وزن اولین توصیه به بیماران چاق مبتلا به تخمدان پلی کیستیک است. زیرا کاهش وزن به میزان ۵ تا ۱۰ درصد، باعث ارتقای سلامت می شود و از میزان انسولین و هورمون آندروژن - اضافه می کاهد. و یا در ترکیب با داروهای محرک تخمک گذاری مانند کلومیفن می تواند باعث شروع مجدد تخمک گذاری شود.

ورزش : ورزشهایی که گروه بزرگی از عضلات را درگیر می کنند مقاومت به انسولین را کاهش می دهند و ممکن است بخش مهمی از درمانهای غیر دارویی و تعدیل کننده شیوه زندگی باشند.

● قرصهای پیشگیری از بارداری خوراکی : این قرصها از تولید استروئیدهای فوق کلیه و تخمدان می کاهند و رشد مو را در دو سوم بیماران مبتلا به پرمویی کاهش می دهد. استفاده از این قرصها به تنهایی ممکن است نسبتا غیر موثر باشد و در برخی از بیماران ، مقاومت به انسولین نیز به علت استفاده از این داروها تشدید شود و بنابراین برای درمان موثر پرمویی باید همزمان از داروهای کاهنده آندروژن نیز استفاده کرد.

● داروهای کاهنده آندروژن : شایعترین عارضه اسپرونولاکتون بی نظمی قاعدگی است که در ۵۰ درصد بیماران که از دوزهای بالا دارو استفاده می کنند بیشتر دیده می شود که در صورت مصرف همزمان با قرصهای پیشگیری این عارضه کاهش می یابد.

• داروهای حساس کننده به انسولین : چون به نظر می رسد افزایش انسولین در عدم تخمک گذاری همراه با تخمدان پلی کیستیک موثر است ، ممکن است این درمان باعث تعادل هورمونها و بارداری شود. شایعترین داروی از این دسته ، متفورمین یا گلوکوفاز است که موجب کاهش مقاومت به انسولین و افزایش مصرف گلوگر - قند خون - می شود. این دارو عوارضی مانند تهوع ، استفراغ ، اسهال و نفخ و افزایش دفع گاز شکم دارد. که با دوزهای بالاتر دارو بیشتر دیده می شود این دارو با مصرف ۱ قرص همراه با حجم ترین وعده غذایی آغاز می شود و سپس به ۲ قرص همراه با صبحانه و شام و در هفته بعد تا ۳ قرص (۲ عدد همراه با شام و ۱ عدد با صبحانه) افزایش می یابد. در صورت وجود اسهال و تهوع شدید ، با پزشکتان مشورت کرده و دارو را کاهش دهید.

ناباروری و درمان

بیماران دچار تخمدان پلی کیستیک به دلیل عدم تخمک گذاری بیشتر در معرض ناباروری هستند و برای درمان این عارضه باید از داروهای محرک تخمک گذاری مانند کلومیفن با نظر پزشکتان استفاده کنند.

فصل بیست ششم سالپنژیت

سالپنژیت، عفونت مجاری رحمی است که می‌تواند منشأ نازایی باشد. عفونت باکتریایی است و اغلب در جریان رابطه جنسی ایجاد می‌شود. بنابراین سالپنژیت یک عفونت جنسی قابل انتقال است. سالپنژیت جزء عفونت های لگنی است، همان عفونت می‌تواند گردنه رحم، رحم و گاهی اوقات تخمدان را هم درگیر کند. سالپنژیت عفونتی است در ارتباط با یک عفونت از یک یا دو مجرای رحمی، که مجرای فالپ نیز نامیده می‌شود.

عامل عفونی عموماً باکتریایی است، مانند باکتری که باعث ایجاد سوزاک یا عفونت کلامیدیا می‌شود، که هر دوی این عفونت ها در رابطه جنسی قابل انتقال هستند.

این باکتری ها از مسیر واژن و بیشتر در جریان رابطه جنسی نفوذ می‌کنند. ممکن است عامل باکتریایی که باعث سالپنژیت یا عفونت لگنی دیگری می‌شود هنگام برقراری ارتباط و در برخی موارد هنگام زایمان، سقط جنین یا کورتاژ منتقل شود. عموماً تخمدان ها درگیر نمی‌شوند مگر در موارد عفونت های باکتریایی بسیار شدید.

حواستان به خطر نازایی سالپنژیت باشد. عفونت های لگنی، اصلی ترین عامل نازایی در اروپا به شمار می‌روند. این عفونت ها مسئول نازایی یک پنجم زنان هستند. ضمناً تمایل بسیار زیادی به عود کردن در میان یک سوم از موارد وجود دارد.

سالیپنژیت، مانند تمام انواع دیگر عفونت لگنی، بیشتر بین زنان جوان که در رابطه جنسی فعال هستند، دیده می‌شود.

در میان دیگر عوامل خطرزا، می‌توان داشتن رابطه جنسی با افراد مختلف، بیماری جنسی قابل انتقال و واژینوز را ذکر کرد. همچنین به یاد داشته باشید که زنان کمتر از ۲۴ سال که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند و یا از دستگاه بیرون از رحمی بهره نمی‌برند، بیشتر در معرض خطر هستند.

چه علائم و چه عوارضی دارد؟

عفونت لگنی بیشتر در اواخر دوران قاعدگی ظاهر می‌شود؛ این عفونت اغلب همراه است با درد شکمی، خونریزی‌های نامنظم و ترشح بدبو واژنی. زمانی که عفونت پیشرفت می‌کند، دردها شدید می‌شوند، سپس تهوع و استفراغ نیز به علائم اضافه می‌گردند. در موارد پیشرفته‌تر، بیمار تب هم می‌کند، و ترشح‌های واژنی رنگ زرد رو به سبز به خود می‌گیرند.

اگر عفونت‌ها مجاری را مسدود کنند، حجم این مجاری زیاد می‌شود و در نتیجه علائم شدت می‌یابند. عوارض دیگری نیز ممکن است مشاهده شود مانند پیشروی عفونت تا دیگر اعضای شکمی مجاور، ایجاد آبسه و غیره. عوارض ممکن است به دلیل جراحات در ناحیه اعضای مولد، توانایی باروری را به خطر بیندازد. باید بدانید که خطر عوارض و ایجاد ناباروری، ارتباط مستقیم دارد با طول مدت عفونت، شدت آن و دفعات عود کردنش.

شایان ذکر است که عود کردن این عفونت ۶ تا ۱۰ بار احتمال بارداری لوله‌ای را افزایش می‌دهد، بارداری لوله‌ای نوعی از بارداری خارج از

رحم است، که در این شرایط جنین به جای مجاری رحمی، در مجاری فالپ رشد می‌کند. چنین بارداری، تهدیدی برای زندگی مادر و جنین محسوب می‌شود.

این عفونت اصولاً باکتریایی است، و درمان سالپنژیت مانند عونت های رحمی دیگر مصرف آنتی بیوتیک و خودداری از برقراری رابطه جنسی تا درمان کامل است. فرد مقابل رابطه جنسی نیز باید مورد درمان قرار بگیرند. در غیر این صورت، درمان کامل نمی‌شود.

فصل بیست هفتم فیبروم رحم

فیبروم رحم چیست؟

فیبروم رحم یا تومورخوش خیم عضله ی صاف رحم، شایع ترین تومور لگنی در نزد زنان است که تقریباً در پنجاه درصد زنان و معمولاً در سنین باروری بین ۲۵ تا ۴۰ سالگی دیده می شود. انواع فیبروم ها را نام ببرید.

فیبروم ها بر اساس محل آن ها در رحم تقسیم بندی می شوند. شایع ترین محل وجود آن ها اینترامورال (داخل عضله رحم)، ساب سروزال (به صورت توده ی برجسته ای خارج رحم) و زیر مخاطی

(داخل حفره رحم) هستند. نوع سوم یعنی زیر مخاطی که از همه ی موارد نادرتر است با بیشترین تظاهرات بالینی از جمله منوراژی یا خونریزی شدید قاعدگی و نازایی همراه است.

شایع ترین علامت فیبروم های رحمی چیست؟

هرچند فیبروم های رحم در اندازه ی کوچک تر می توانند بدون علامت باشند و فقط هنگام انجام سونوگرافی های به صورت اتفاقی تشخیص داده می شوند، ولی حداقل در پنجاه درصد بیماران عوارضی مانند

دردهای لگنی، افزایش خونریزی های قاعدگی، درد شدید زمان قاعدگی و تکرر ادرار (به علت فشار روی مثانه) و نازایی دیده می شود.

البته معمولاً فیبروم علت شایعی برای نازایی نیست و فقط در ده درصد موارد آن هم فیبروم های بزرگ زیر مخاطی ممکن است باعث نازایی شوند که در این صورت درمان آن ها قبل از حاملگی ضروری است. هم چنین در اکثر موارد، فیبروم ها باعث سقط جنین نمی شوند مگر آن که تعداد آن ها زیاد یا بزرگ بوده و بیشتر فضای داخل رحم را اشغال کرده باشند که در این صورت ممکن است باعث سقط یا زایمان زودرس شوند.

درمان قطعی فیبروم های رحم

در واقع بیشتر فیبروم های رحم در اندازه های کوچک بدون علامت هستند و در صورت کشف اتفاقی آنها در سونوگرافی با توجه به بی علامت بودن آنها، اقدام خاصی لازم نیست و بیمار فقط باید هر سه تا شش ماه یکبار جهت کنترل سائز فیبروم ها یا ایجاد علایمی مثل درد شکم و مشکلات قاعدگی نیز باید اقدام به درمان جراحی یا طبی کرد، البته در فیبروم های بزرگ علامت دار درمان قطعی، جراحی و برداشت فیبروم یا « میو مکتومی» است که در آن احتمال عود فیبروم در محل های دیگر رحم مدتی پس از جراحی نیز وجود دارد.

بارداری با فیبروم رحم

البته بستگی به تعداد و محل فیبروم های رحم دارد. در صورتی که تعداد فیبروم ها بسیار زیاد و سایز رحم از حد نرمال خارج شده باشد یا اندازه ی فیبروم ها بسیار بزرگ (بالای شش الی هفت سانتی متر) باشد، بهتر است قبل از حاملگی در مشاوره ی پیش از بارداری در صورت تشخیص فیبروم، ابتدا درمان جراحی انجام شود و بعد با فاصله ی زمانی مشخص پس از جراحی اقدام به بارداری شود.

عوارض فیبروم ها در حاملگی

همان طور که قبلاً گفته شد، فیبروم علت شایعی برای نازایی نیست و فقط در ده درصد موارد ممکن است سبب نازایی شود، ولی اگر خانمی با وجود فیبرومی در رحم حامله شود، به علت تغییرات هورمونی در این دوران ممکن است (به خصوص در سه ماهه اول و دوم بارداری) فیبروم هایش بزرگ تر شوند.

گاه در این دوران در داخل فیبروم ها، خونریزی ایجاد می شود که همراه با درد شدید شکم به صورت حادو ناگهانی و تب بالا خواهد بود

که در بسیاری از موارد این حالت با شکم حاد جراحی یا آپاندیست یا کیست پاره شده ی تخمدان اشتباه شده و اگر دقت نشود ممکن است باعث انجام جراحی غیرضروری در دوران بارداری شود که عوارض فراوانی از جمله زایمان زودرس به دنبال خواهد داشت.

در صورت بروز خونریزی در داخل فیبروم دربارداری، لازم است بیمار تا زمان کنترل خود به خودی علایم و قطع درد. در بیمارستان بستری و با مسکن و تب بر تحت نظر باشد. هر چند در اکثر موارد نیاز به جراحی نیست. فیبروم های متعدد زیر مخاطی که در داخل لایه ی داخلی رحم برجسته هستند، ممکن است سبب ایجاد سقط در سه ماهه ی اول یا دوم بارداری شوند، حتی گاهی علت سقط های مکرر جنین (بیش از سه سقط در سابقه بیمار) همین فیبروم ها هستند که در این صورت درمان جراحی و برداشت فیبروم ها قبل از اقدام به بارداری بعدی، جهت پیشگیری از سقط ضروری است.

گاهی نیز فیبروم های زیر مخاطی ممکن است به علت کم کردن فضای داخلی رحم باعث ایجاد زایمان زودرس در بارداری شوند. هم چنین فیبروم های بزرگ که در قسمت تحتانی و نزدیکی دهانه ی رحم قرار دارند، ممکن است در ماه آخر بارداری و در هنگام زایمان طبیعی، باعث عدم پیشرفت زایمان شوند و به صورت مانع در راه خروجی جنین عمل کنند که در این صورت انجام عمل سزارین ضروری است.

به طور کلی بهتر است در هنگام عمل سزارین برداشت هم زمان فیبروم انجام نگیرد، زیرا درحاملگی بافت رحم و ضمام بسیار پر خون است و در صورت هر نوع دستکاری جراحی احتمال خونریزی شدید از جای فیبروم وجود دارد که در صورت عدم کنترل آن ممکن است جراح مجبور به برداشت کامل رحم برای حفظ جان بیمار شود.

بدخیم شدن فیبروم ها

بله، ولی احتمال بدخیم شدن آن خیلی کم و تقریباً نزدیک به صفر است. این احتمال بدخیمی در مواردی که فیبروم های کوچک پس از یائسگی به صورت ناگهانی و بدون هیچ گونه تحرک هورمونی شروع به رشد سریع و ناگهانی کنند، بیشتر است. در این مورد لازم است سریعاً عمل جراحی برداشت رحم و ضمام یا « هیسترکتومی » برای بیمار به علت

شک به بدخیمی احتمالی انجام گیرد.
در اکثریت موارد پس از یائسگی به علت عدم ترشحات هورمونی تخمدان، فیبروم های رحمی شروع به چروکیده و کوچک شدن می کنند و گاه در داخل آنها رسوب کلسیم ایجاد می شود که در این موارد هیچ گونه اقدامی لازم نیست و فقط باید کنترل سالیانه با سونوگرافی رحم انجام گیرد.

درمان های غیر جراحی نیز برای فیبروم امروزه سعی می شود که حتی الامکان از روش های طبی برای درمان استفاده شود تا ریسک جراحی به بیمار تحمیل نشود.

داروهایی به صورت تزریقی و خوراکی در دسترس هستند که می توانند قاعدگی های فرد را طبیعی کرده و میزان خونریزی و درد بیمار را کاهش دهند تا زمانی که فرد به سن یائسگی برسد و پس از آن به علت قطع ترشح هورمون های تخمدانی فیبروم ها به تدریج کوچک تر و چروکیده تر می شوند. البته تصمیم گیری در مورد این درمان ها به عهده جراح و متخصص زنان بر اساس معاینه و شرایط فیبروم است.

فصل بیست هشتم واژینیسموس

اغلب زنان، واژینیسموس را بصورت انقباض و درد ناگهانی در هنگام نزدیکی، توصیف می کنند. این مشکل ناشی از انقباض خودبخود و غیر ارادی عضلات کف لگن بوده و اراده فرد در آن نقشی ندارد. این واکنش ممکن است در معاینه زنانه نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم- وسیله معاینه داخلی- به داخل واژن گردد.

از نظر پزشکی، این وضعیت نتیجه گرفتگی غیر ارادی مداوم یا مکرر عضلات یک سوم خارجی واژن است که مانع مقاربت جنسی می شود. این وضعیت ممکن است به صورت مشکل پایدار برای دخول، با وجود اینکه زن، موافقت خود را ابراز می کند و یا حتی برای انجام دخول، تلاش می کند، رخ دهد. واژینیسموس، در شدیدترین حالت می تواند نزدیکی و دخول را غیر ممکن سازد و منجر به درد شدید شود. در برخی موارد این انقباض به حدی شدید است که باعث بسته شدن خودبخود پاهای و انقباض شدید تمام بدن، افزایش ضربان قلب، تنفس و افت فشار خون می شود.

در حال حاضر، منابع علمی، دلایل مشخصی را برای واژینیسموس، ذکر نکرده اند. اما عمده ترین علت این اختلال، علل روانی است. به نظر می رسد، تجربه دردناک و انتظارات منفی در مورد دخول واژینال مثلا ترس از پارگی و خونریزی شدید، موجب بروز افکار ترسناکی، در

ذهن فرد می شود که به دنبال آن، ترس از دخول و درد همراه با مقاربت ایجاد می گردد و زن برای مقابله با این ترس، از همه فعالیت‌هایی که مربوط به دخول و اژینال است، پرهیز می کند. تلاش‌های گهگاه زن و همسرش برای دخول و اژینال، با انقباضات واکنشی عضلات لگن روبرو می شود که مانع دخول می شود و عدم توانایی دخول، به نوبه خود، باعث تشدید افکار و انتظارات منفی می گردد. معمولاً هرچه تلاش برای ادامه فعالیت جنسی بیشتر باشد، پاسخ واکنشی، شدت بیشتری یافته و درد و سفتی تشدید می شود.

علل واژینیسموس

تجربیات زندگی برای افراد مختلف، متفاوت بوده و بدن برخی زنان با واژینیسموس به انجام فعالیت جنسی واکنش نشان می دهد. مقاربت شتابزده در شب اول عروسی و تجربه دردناک ناشی از این مساله، ناآگاهی از آناتومی و عملکرد دستگاه تناسلی زن و نیز ناآشنایی با روش‌های فعالیت جنسی، از عمده ترین علتهایی هستند که باعث بروز این اختلال می شوند. بعضی از علتهای واژینیسموس در زیر آمده است:

- سابقه بیماری، جراحی و مداخلات پزشکی
- تفاوت‌های فرهنگی زن و شوهر در مورد روابط جنسی
- ترس از آسیب و صدمه شدید در طی نزدیکی
- اطلاعات غلط و نا آگاهی در مورد فعالیت جنسی و یا احساس گناه در این مورد

• دریافت اطلاعات غلط از والدین و همسالان در مورد روابط و فعالیت جنسی

• سابقه خشونت و سوء استفاده جنسی

• سابقه دخول ناموفق

• ترس از عفونت

• ترس از بارداری و...

نقش عضلات کف لگن در بروز واژینیسموس عضلاتی که در بروز این عارضه نقشی کلیدی ایفا می کنند، دسته ای از عضلات کف لگن هستند که به گروه پوبوکوکسیژیوس معروفند. این عضلات در عملکرد جنسی و دستگاه ادراری و خروج مدفوع در زنان، نقش عمده ای دارند. در واژینیسموس، همراهی ذهن و بدن با یکدیگر، موجب ایجاد پاسخ شرطی عضلات شده و بدن با انقباض این ماهیچه ها، لگن را از آسیب فرضی ناشی از نزدیکی حفظ می کند.

انواع واژینیسموس

زنان ممکن است در هر سن و مرحله ای از زندگیشان، واژینیسموس را تجربه کنند. این عارضه بر اساس زمان شروع و بروز، در دو گروه عمده اولیه و ثانویه تقسیم بندی می شود. واژینیسموس اولیه به مواردی اطلاق می شود که زن در اولین تجربه جنسی دچار انقباض واژن شده و مرد در هنگام دخول با مانع برخورد می کند. این عارضه، علت مشکلی به نام ازدواج به وصال نرسیده است که در طی آن زوج

هرگز موفق به نزدیکی نشده اند. زنان دچار این عارضه ممکن است در هنگام معاینه واژینال نیز دچار انقباضات مشابهی شوند.

واژینیسموس ثانویه، به تجربه انقباضات واژن بعد از یک دوره رابطه جنسی موفق گفته می شود و زن ممکن است پس از سالها انجام رابطه جنسی بر اثر مشکلی مانند عفونت و واکنشهای روانی نسبت به همسر و فعالیت جنسی، دچار درد و انقباض در هنگام دخول گردد. ممکن است علت اولیه درمان شده و یا بهبود یابد اما واژینیسموس ناشی از آن همچنان باقی مانده و دخول را دردناک یا غیر ممکن سازد. و یا حتی در رسیدن فرد به ارگاسم، اختلال ایجاد کند.

درمان واژینیسموس

متأسفانه در کشور ما در بسیاری از موارد، درمانهای اصولی برای این اختلال ارائه نمی شود. این امر بیشتر ناشی از ناآگاهی مردم از علت و روش درمان این اختلال است. برخی از مردم براساس عقاید عامیانه، عدم توانایی دخول و نزدیکی را به طلسم شدن و "بستن زوج" نسبت می دهند و برای درمان آن متوسل به روشهای خرافی عجیب و غریبی مانند دعا نویسی، باز کردن قفل توسط دعا نویس و ... می شوند. برخی دیگر عللی مانند وجود هفت پرده، و باز کردن پرده بکارت یا هایمنکتومی را به عنوان درمان این اختلال می شناسند. درحالی که این مشکل هیچ ارتباطی به ضخامت پرده بکارت نداشته و باز کردن پرده بکارت در طی عمل، هیچ تاثیری در درمان این اختلال ندارد. استفاده از ژلها و کرمهای لغزنده کننده نیز معمولاً کمکی به درمان نمی کنند، گرچه توسط بسیاری از افراد توصیه می شوند.

کلید اساسی در درمان ایجاد تغییرات شناختی در فرد و آمادگی برای انجام مقاربت است و خبر خوب برای مبتلایان به واژینیسموس، این است که این اختلال، درمان پذیرترین اختلال جنسی می باشد و با روشهای جدید درمانی، بیش از ۹۹ درصد بیماران بهبود می یابند. اغلب بیماران از تغییری که در طی درمان و پس از آن در زندگیشان پدید آمده، شگفت زده می شوند.

نقش همسران در درمان واژینیسموس حضور زوج همراه با یکدیگر برای درمان این اختلال در مرکز مشاوره و مطب ضروری و نقش مردان بسیار اساسی است. مردان در بسیاری از موارد می توانند به کمک همسر خود بشتابند. آنها باید بدانند این اختلال بر اساس منابع علمی و فقهی، به هیچ وجه دلیلی برای عدم تمکین زن نیست، بلکه این انقباضات به صورت غیر ارادی و نه به اراده شخصی- رخ داده و زن پس از یک دوره درمان با حمایت همسر می تواند به راحتی از فعالیت جنسی با همسرش لذت ببرد. بنابراین مردان به هیچ وجه نباید همسرشان را به طلاق دادن تهدید کنند، این تهدیدها باعث تشدید انقباض عضلات و گاهی اختلال میل و یا حتی بروز بیزاری جنسی در زن می شود که درمان آن بسیار مشکلتر و پیچیده تر از درمان واژینیسموس است.

اگر مرد از رابطه جنسی خود را کنار کشیده و یا به دلیل ترس از آزار همسرش، تمایلی به انجام فعالیت جنسی نشان ندهد. نه تنها همسرش برای ادامه درمان، انگیزه کافی نخواهد داشت، بلکه خودش نیز به مرور زمان دچار انواعی از اختلالات نعوظ می گردد. بنابراین مرد باید

با تاکید بر ادامه درمان، زن را در هر مرحله تشویق کند. زیرا ادامه زندگی بدون فعالیت جنسی در طولانی مدت منجر به بروز اختلافات زناشویی خواهد شد.

فصل بیست نهم تهوع و استفراغ بارداری

تهوع و استفراغ بارداری از هفته ۶ آغاز می شود و معمولاً تا هفته ۱۶ بارداری ادامه دارد. این اختلال معمولاً آزار دهنده بوده و در برخی خانمها می تواند موجب از دست دادن وزن، کاهش مایعات بدن و گاهی اختلالات الکترولیت شود. در صورت بروز سرگیجه، کاهش وزن شدید و نیز وجود خون در استفراغ باید به یک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید. داروهای مفیدی برای کاهش این عارضه وجود دارند که می توانند بارداری را برای شما قابل تحملتر کنند.

داروهایی مانند ویتامین B۶ خوراکی- کپسول زینتوما که از عصاره زنجبیل تهیه شده- و در مراحل بعدی درمان داروهایی مانند ویتامین B۶ تزریقی- پرومتازین و اندانسترون و نیز قطره خوراکی متوکلوپرامید موثرند.

به خاطر داشته باشید طب مکمل در درمان این عارضه بسیار مفید است. در طب فشاری که شاخه ای از طب سوزنی است فشردن نقطه نیگان یا پریکاردیوم ۶ - دو انگشت بالای مچ دست توسط سی باند sea band که یک باند الاستیکی است که دکمه ای در سطح داخلی دارد و بر روی این نقطه قرار می گیرد، می تواند موجب کاهش تهوع بارداری شود.

هومیوپاتی نیز می تواند درمانهای موثری برای تهوع و استفراغ شدید بارداری ارائه دهد. برای دریافت این درمانها به پزشکان هومیوپات مراجعه کنید.

آروماتراپی نیز می تواند درمان مناسبی برای تهوع بارداری باشد، برای این کار ۲ قطره از محلول اسانس نعنا فلفلی را در یک کاسه آب داغ ریخته و در کنار تختتان قرار دهید. انتشار بوی نعنا فلفلی تا حد زیادی از حالت تهوعتان خواهد کاست.

برای کاهش تهوع استفراغ صبحگاهی می توانید موارد زیر را رعایت کنید:

- وعده های غذای کوچک و متعدد بخورید. نگذارید زیاد گرسنه بمانید و معده تان را نیز با غذا پر نکنید به خاطر داشته باشید شما دو نفر نیستید. تا سه ماهه اول بارداری جنین به خوبی مواد غذایی خود را با رژیم معمول شما نیز تامین می کند.
- از غذاهای چرب و سرخ کردنی و پر ادویه پرهیز کنید.

-مدتی پس از بیدار شدن در رختخواب بنشینید و غذای جامد و خشکی مانند یک تکه بیسکویت، ترد و یا برشتوک بخورید. مصرف این مواد به خالی نماندن معده شما پیش از صرف صبحانه کمک خواهد کرد.
-از تغییر وضعیت ناگهانی مثلا سریع برخاستن از رختخواب پرهیز کنید.

-پیش از ناهار یک میان وعده خنک و شیرین و غلیظ داشته باشید مثلا یک استکان آب میوه خانگی شیرین، شربت آبلیمو، شیر موز، بستنی ساده و یا فالوده شیرازی.

-زیاد برای خودتان غذا نکشید و بشقاب غذا را پیش از خوردن غذا، مدتی داخل یخچال بگذارید. با سرد شدن غذا بوی آن کاهش خواهد یافت و شما راحتتر غذا را میل خواهید کرد.
-بعد از ظهر نیز یک میان وعده شیرین و خنک داشته باشید. می توانید از ژله ها نیز استفاده کنید.
-یک شام سبک و کم حجم انتخاب کنید.

-مایعات زیاد بخورید، بویژه وقتی زیاد استفراغ می کنید. سعی کنید حتی با وجود استفراغ، آب بخورید. دندانهایتان را پس از هر استفراغ بشویید. نیازی به استفاده از خمیر دندان نیست. چون بعضی خانمها نسبت به بوی خمیر دندان نیز حساسند. تنها شستشو با آب ساده نیز کافیست.

-از دیگران کمک بگیرید. اوایل بارداری، تغییرات هورمونی شدید می تواند موجب حساسیت و احساس تنهایی بیشتر در خانمها شود. بنابراین باید از اطرافیان کمک بگیرید. پخت غذا توسط سایر افراد و آوردن

ویارانه برای خانمهای باردار از رسوم خوب ما ایرانیهاست که به کاهش عارضه تهوع در خانمهای باردار به دلیل قرار گرفتن در معرض بوها، کمک می کند.

-زیاد خودتان را ملامت نکنید، بارداری با افزایش حساسیت خانمها به بو همراه است و بعضی از خانمها به دلیل افزایش حساسیت ممکن است حتی به بوی همسرشان نیز حساس شده و از او دوری بجویند. به خاطر داشته باشید، این احساس شما گذراست. از روشهای دیگر برای ابراز محبت به همسرتان استفاده کنید برای او اس.ام.اس بزنید و یا ای میل بفرستید. به زودی روابطتان به حالت عادی باز خواهد گشت.

-صبور باشید، تجربه یک بارداری چیزهای زیادی را به شما خواهد آموخت. همین حساسیت به بوها، هوش شما را برای مادر شدن افزایش خواهد داد.

فصل بیست نهم زایمان زودرس

زایمان زودرس در حدود ۸ درصد از بارداری ها اتفاق می افتد. چنانچه زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری رخ دهد نوزاد را زودرس تلقی می کنیم.

معمولا بارداری طبیعی بین هفته ۳۸ تا ۴۲ به پایان می رسد.

عوامل موثر در زایمان زودرس

در حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد تولدهای زود هنگام ناشی از زایمان زودرس یا پارگی غشاها بوده و در سایر موارد اغلب ناشی از عوارض طبی مثل فشارخون حاملگی و خون ریزی جفتی می باشد. برای درمان و پیشگیری موفق لازم است زنان در معرض خطر شناسایی شوند.

سن، وضعیت اقتصادی و مراقبت های بارداری از عوامل تاثیر گذار بر زایمان زودرس هستند. در زنان جوان، ارتباط جنسی و عفونت واژینال و در زنان مسن تر بی نظمی های رحمی، نقش بیشتری دارند. بیماران با وضع اقتصادی پائین و مراقبت های بارداری ناکافی نیز در معرض خطرند. تعداد زایمان های زودرس و نوزادان کم وزن در زنان سیاهپوست که از وضعیت اقتصادی ضعیف تری برخوردارند بیشتر

مشاهده می شود.

سابقه زایمان زودرس

زایمان زودرس در حاملگی اول احتمال آن را در حاملگی های بعدی دو برابر می کند و زایمان زودرس در ۲ حاملگی اول شانس آنرا در حاملگی سوم ۳ برابر می کند. برعکس، ختم موفق بارداری احتمال زایمان زودرس، در بارداری های بعدی را کاهش می دهد. ۱۶ درصد تولدهای زود هنگام در کسانی رخ می دهد که سابقه این حالت را داشته اند.

عفونت ها

در برخی افراد اگر آزمایش ادرار انجام شود، میکروب و باکتری دیده می شود بدون اینکه علامتی داشته باشند. اصطلاحاً در پزشکی به این حالت باکتریوری بدون علامت گفته می شود. باکتریوری بدون علامت خطر زایمان زودرس را ۲ برابر می کند. برخی بیماری ها مانند دیابت، ژنرویت (عفونت لثه شدید) لوپوس، آسم شدید، هپاتیت، بیماریهای روده، عفونت کلیوی، عفونت ریوی، ضربه به شکم، جراحی شکم مانند آپاندیس در بارداری، خطر زایمان زودرس را بیشتر می کند. اگر کسی عفونت کلیوی درمان نشده داشته باشد ۳۰ درصد خطر زایمان زودرس و عفونت ریه ۲۵ درصد خطر زایمان زودرس را بالا می برد. مالاریا و تب تیفوئید هم ۵۰ درصد خطر افزایش زایمان زودرس را افزایش می دهند.

عوامل دیگر

همچنین کوتاهی قد ، حاملگی دو قلو و یا چند قلو، وزن کم قبل از بارداری، مصرف سیگار-الکل و کوکائین، خونریزی واژینال در بیش از یک تریمستر، فاکتور های ژنتیکی، کار سخت و طولانی مدت و استرس زیاد منجر به زایمان زودرس می شود.

راه های پیشگیری

زنان در معرض خطر باید تحریکات جنسی را کاهش دهند. از کار سنگین پرهیز کنند و زمان استراحت خود را افزایش دهند. هر ۱ تا ۲ هفته ویزیت و بررسی های روتین باید انجام شود. این بررسی ها شامل وزن، فشار خون، مقدار گلوکز و آلبومین ادرار و ارتفاع رحم و همینطور ضربان قلب جنین می باشند.

اگر مادر به مشکلات طبی مثل فشار خون بالای حاملگی مبتلا باشد و جنین قادر به زندگی باشد، آنگاه زایمان انجام شده و نوزاد به دنیا آورده می شود.

بهترین راه برای پیشگیری از زایمان زودرس، شناخت علایم آن است.

علایم زایمان زودرس

* انقباضات منظم رحمی (۴ بار یا بیشتر در ساعت). گاهی این انقباضات بدون درد می باشد و فقط سفتی و فشردگی در عضلات رحم ایجاد می شود.

* درد های شکمی مانند درد های دوران پریود.

* افزایش و یا تغییر واضح در ترشحات واژینال و یا خونریزی واژینال.

- * پارگی کیسه آب و دفع مایع روشن از واژن.
- * درد و فشار در قسمت انتهایی کمر.
- * تورم ناگهانی و یا شدید در پا، دست و صورت.
- * تغییر واضح در حرکت جنین.
- * تب، لرز، استفراغ و سر درد شدید.
- * گاهی درد معده که به هیچ وجه برطرف نمی شود و گاهی همراه با اسهال می باشد.

فصل سی زایمان دیررس

زایمان پس از موعد، از نامش پیدا است. زمانی به وجود می آید که جنین در انتهای هفته ۴۲ به دنیا نمی آید و همچنان در رحم مادر باقی می ماند. این مساله برای سلامتی مادر خطر ندارد اما پس از هفته ۴۲ جنین در معرض خطر سوءتغذیه قرار دارد. یا ممکن است مدفوع کردن وی آغاز شود – که البته بعید است و تا پیش از تولد و تنفس این اتفاق برای کودک رخ نمی دهد یا احتمال بسیار کمی دارد – ممکن است به سینه پهلو منجر بشود. وقتی زمان زایمان عقب می افتد، پزشک باید حداکثر تا دو هفته پس از تاریخ زایمان برای تولد جنین اقداماتی انجام دهد.

دلایل زایمان پس از موعد

برای بارداری دیرتر از زمان تعیین شده دلیل مشخصی وجود ندارد. در بسیاری مواقع، گفته می شود که مادر تاریخ آخرین پریود خود را فراموش کرده است و تصور نمی کنند که زایمان عقب افتاده است. اگر مادر، یک بار بارداری پس از موعد داشته باشد احتمال اینکه در بارداری های بعدی نیز این اتفاق روی دهد، زیاد است.

عوارض زایمان پس از موعد

این نوع زایمان هیچ نوع خطری برای مادر ندارد. در حالی که جنین پس از هفته ۴۲ رشد کند، ممکن است توان انتقال اکسیژن و مواد

غذایی به جنین کاهش پیدا کند و این امر منجر به مرگ جنین شود. اگر جنین زنده بماند نیز ممکن است با پوست چروک و پوسته شده، ناخن های بلند و حتی بافت چربی در زیر پوست متولد شود.

نوزاد ممکن است داخل رحم داخل مایع آمنیون مدفوع کند (که اصولاً سبزرنگ است). اگر نوزاد این مدفوع را داخل ریه های خود بکشد، ممکن است هنگام تولد دچار سینه پهلو بشود.

درمان

روش معمول برای درمان این مشکل، چک کردن مداوم تپش قلب جنین در رحم مادر است. برای به دنیا آوردن جنین می توان از داروهایی همچون اوکسیتوسین (پیتوسین) به صورت داخل رگی استفاده کرد. اوکسیتوسین باعث می شود تا شکم دچار انقباض های طبیعی شود. در این حالت باید رحم به طور مرتب مانیتور شود تا مشکلی برای جنین پیش نیاید. زایمان با این دارو همچون زایمان طبیعی است و مادر درد بیشتر یا مشکل دیگری را متحمل نخواهد شد.