



پائسگر

بلوغ اندیشه و تجربه

نویسندگان

دکتر معصومه فلاحیان

با همکاری

(کمیته امامایی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران)

لزینی
۹۷،۹،۱۴

یائسگر

بلوغ اندیشه و تجربه

دکتر معصومه فلاحیان

با همکاری

(کمیته مامایی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران)

سروش‌نامه: یانگی: بلوغ ادبیتنه و تجربه / معصومه فلاحیان با همکاری کمیته مامایی
 معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 انجمن متخصصین زنان و مامایی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری
وضعیت ویراست: ویراست ۲
مشخصات نشر: تهران: رادمهر، ۱۳۹۶
مشخصات ظاهری: ۱۳۶ ص
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۷۱۸-۰۹-۳
یادداشت: چاپ قبلی: تیمورزاده نوین ۱۳۹۳
یادداشت: فهرست‌نویسی بر اساس اطلاعات فیبا
موضوع: یانگی / عوارض و عواقب
شناسه افزوده: فلاحیان، معصومه، ۱۳۳۸
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۶ ۱۸۵ ی / RG ۱۸۶
رده‌بندی دیویی: ۶۱۸ / ۱۷۵
شماره کتابخانه ملی: ۵۰۰۸۸۰



مجموعه نشراتی رادمهر

www.radmehrpub.ir

یانگی

بلوغ ادبیتنه و تجربه

تالیف: دکتر معصومه فلاحیان و...

ناشر: رادمهر	صفحه آرایشی: آرتا سیستم البرز
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد	نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶
چاپ و صحافی: آفتاب	ناظر چاپ: سیامک طریقت
قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان	شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۷۱۸-۰۹-۳

این کتاب بر طبق مجوز صادره از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی به شماره‌ی ۱۵۶۱۲۴۷ مورخه‌ی ۱۳۹۶/۱۰/۱۱ منتشر گردیده و هرگونه استفاده از مطالب آن منوط به اخذ مجوز کتبی از مدیرمسئول می‌باشد. متخلفین طبق ماده‌ی ۲۴ قانون حمایت از حقوق مولفان و مصنفان به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم خواهند شد.

آدرس ناشر: تهران - خیابان جیحون - نرسیده به هاشمی - پلاک ۵۳۳ - واحد ۲

تلفن: ۶۶۸۷۷۵۶۴

اسامی نویسندگان

- دکتر معصومه فلاحیان: استاد گروه زنان و زایمان و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- کمیته مامایی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران:
- محبوبه عقیقی - کارشناس مسئول امور مامایی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- زهرا زهره وند - کارشناس مامایی بیمارستان طالقانی
- طیبه آذری نژادپان - کارشناس دفتر معاونت درمان
- زهرا طاهری - کارشناس مامایی، مسئول بلوک زایمان بیمارستان طالقانی
- پروانه وهاب کاشانی - کارشناس مامایی بیمارستان مهدیه
- زهرا صفاییان - کارشناس مامایی بیمارستان امام خمینی فیروز کوه
- فریبا میرزایی - کارشناس مامایی، مسئول بلوک زایمان بیمارستان شهدای تجریش
- شیرین کاشانی - کارشناس مامایی بیمارستان شهید مفتاح ورامین
- اعظم حافظی - کارشناس مامایی بیمارستان لقمان حکیم
- نرگس طباطبایی - کارشناس مامایی بیمارستان امام حسین (ع)
- صدیقه اسدی شه میرزادی کارشناس مامایی، بیمارستان مهدیه
- فرشته کریم زاده نایینی - کارشناس مامایی، بیمارستان زعیم
- ویدا قلم چی - کارشناس مامایی بیمارستان لقمان حکیم
- کامه خانواده حقی - کارشناس مامایی، بیمارستان طالقانی
- مریم آقایی - کارشناس مامایی، بیمارستان سوم شعبان دماوند
- سارا ستاری - کارشناس ارشد میکروبیولوژی

این کتاب مورد تایید انجمن زنان و مامایی ایران است

فهرست مطالب

۷	فصل اول: تعریف و طیف مشکلات دوران یائسگی
۱۷	فصل دوم: تغییرات جسمی، روحی و اجتماعی در سنین یائسگی
۲۵	فصل سوم: بیماری‌های ژنیتال، خونریزی‌های بعد از یائسگی
۳۵	فصل چهارم: یائسگی و استخوان، پوکی استخوان
۴۳	فصل پنجم: یائسگی و مشکلات ادراری، بی اختیاری ادراری، شل شدن کف لگن
۵۱	فصل ششم: یائسگی و بیماری‌های خوش خیم و بدخیم
۶۱	فصل هفتم: هورمون درمانی: آری یا نه
۶۹	فصل هشتم: درمان‌های هورمونی و غیر هورمونی
۹۱	فصل نهم: درمان‌های سنتی و غیر دارویی
۹۹	فصل دهم: برداشتن یا باقی گذاشتن تخمدان‌ها در عمل جراحی خارج کردن رحم (هیسترکتومی)
۱۰۵	فصل یازدهم: یائسگی زودرس
۱۱۳	فصل دوازدهم: بارداری در سنین یائسگی
۱۲۱	فصل سیزدهم: هنر خوب زندگی کردن در ایام یائسگی

نام خدا

دیباچه

خانمی میانسال با قطع پریود و گرگرفتگی مواجه می‌شود. اول فکر می‌کند باردار شده است. تست حاملگی او منفی ست. پس شاید یائسه شده است. به فکر فرو می‌رود. لحظه ای می‌اندیشد. چه زود گذشت. تجربه شروع اولین پریود؛ بلوغ، تحصیل، شغل، ازدواج، بارداری و حالا قطع پریود. لحظه ای درنگ: واکنش او چه خواهد بود؟ یائسگی را چگونه می‌بیند؟ آیا پایان یک کتاب است، یا آغاز یک فصل جدید و شگفت آور؟ اگر پایان یک کتاب است، پس احتمال دارد گرفتار تعدادی از مشکلات مختلف یائسگی و بعد از یائسگی به ترتیب از گرگرفتگی تا افسردگی شود، اما اگر در مورد شروع یک فصل شگفت انگیز در زندگی آماده شده است، تمام گرگرفتگی‌ها و انرژی گرفته شده از آنها، موج‌های قدرتی خواهند بود که او را دور از افسردگی نگه خواهند داشت. بجای این که یائسگی آغازی برای پایان باروری باشد، یک دعوت به بارور شدن اندیشه و ذهن خواهد بود.

آری، این همه چیز در مورد یک نگرش مثبت است. توجه او به خودش، سلامتی جسمی و روحی‌اش جلب می‌شود. اینهم یک مرحله از زندگی ست، فرزندان بزرگ شده و آشیانه را ترک کرده‌اند. وقتی که بچه‌های پرندگان، لانه والدین را جهت یافتن غذا، ساختن لانه برای خودشان و پیدا کردن جفت خود، ترک می‌کنند، در سینه مادران پرنده، شادی و غرور بروز می‌کند. بطور مشابه، ترک منزل توسط بچه‌ها، باید به عنوان موفقیت برای والدین دیده شود. دلالت بر حمایت و سرپرستی عالی دارد که به بچه‌ها کمک می‌کند تا برای فرصت‌های بهتر و هدف‌های بالاتر به جلو پیش بروند. تجربه اندوخته شده در طی این سالها، ظرفیتی بی‌بدیل فراهم آورده است. در اداره امور خانواده و در محیط شغلی کفایت پیدا کرده است. همچون درختی که سایه‌اش گسترده‌تر و پربارتر است.

در واقع روزی که دخترک، پا به دنیا گذاشت سفر زنانگی او شروع شد. مراحل کودکی، نوجوانی، جوانی، سالمندی و بالاخره پیری را طی می‌کند. دو نقطه عطف در زندگی باروری او اتفاق می‌افتد: بلوغ اول: همزمان با اولین پریود و بلوغ دوم یا بلوغ اندیشه و تجربه همزمان است با پایان پریود یا یائسگی. یائسگی یا منوپوز به معنی توقف پریوداست و بدنبال آن فعالیت تخمدانی کاهش می‌یابد و از پتانسیل باروری به سوی بارور نشدن می‌رود.

مشکلات روحی، اجتماعی در تمام مراحل زندگی از کودکی تا زمان مرگ ممکن است بروز کند. اما وقتی این مشکلات در دوران یائسگی رخ می‌دهند، خانم‌ها اهمیت خاصی به آن‌ها می‌دهند زیرا آنان برای باورند که بروز این مشکلات بعلت توقف فعالیت تخمدان‌ها است.

امروزه توجه به منوپوز، اهمیت ویژه‌ای یافته است. امید به زندگی زنان تا ۸۵ سالگی بالا رفته است (در ایران ۷۵) و زنان یک دوره ۳۵ ساله را در وضعیت پس از یائسگی به سر می‌برند و به همراه آن مشکلات دوره یائسگی و کهنسالی را دارند. امروزه زنان و مردان آرزو دارند که یک زندگی با کیفیت خوب، حتی دهها سال پس از میانسالی داشته باشند.

کتاب فوق برای افزایش آگاهی و بهبود نگرش و سبک زندگی بانوان میانسال در مورد یائسگی تهیه شده است و مشکلات یائسگی را از کلیه زوایا با راه حل‌های مربوط به آن مورد بررسی قرار می‌دهد.

از همکاران محترم کمیته مامایی نیز سپاسگزاری می‌شود. هر یک از این عزیزان، مطالب یک فصل این کتاب را گردآوری و تهیه نموده‌اند. ما خرسند خواهیم شد که کلیه نظرات و پیشنهادات کارشناسان و خوانندگان گرامی را دریافت نمائیم.

دکتر معصومه فلاحیان





فصل اول

طیف مشکلات دوران یائسگی
(منوپوز) و بررسے سلامتے

سررشته کلام:

در زندگی به ایستگاه یائسگی رسیده‌اید. زندگی هر کسی مانند بافته شدن قالی با نقش هاو رنگ‌های متفاوت است. هیچ قسمت از این فرش زندگی را نمی‌توانید حتی اگر ناخوشایند بوده باشد، انکار کنید. پس با انگیره و امیدواری، قسمت سوم فرش زندگی‌تان را آنطور که شایسته وجود شماست بیافید، زیرا شما اکنون حس زندگی کردن را بهتر می‌شناسید.

یک سال بعد از آخرین قاعدگی، یائسگی تعریف می‌شود. بنابراین یائسگی تنها زمانی تشخیص داده می‌شود که پرئود ماهیانه قطع شود. اما تغییرات بدنی ناشی از یائسگی ممکن است بیش از یک دهه طول بکشد.

زنان از ۳۵ سالگی متوجه اولین علامت‌های تغییرات بدنی و تغییرات الگوهای پرئود می‌شوند. قابل توجه‌ترین نشانه برای پا به سن گذاشتن از نظر خانم‌ها یائسگی یا قطع پرئود است و فکر می‌کنند تغییرات هورمونی که به سمت خاتمه عادت ماهیانه می‌رود مسبب همه تغییرات بدن از پوست گرفته تا وضعیت قلب و استخوان‌ها می‌باشد.

اکثریت زنان در سنین ۴۵-۵۵ سالگی یائسه می‌شوند و در بیشتر مطالعات سن یائسگی ۵۱ سالگی بوده است. با افزایش امید به زندگی زنان اکنون حدوداً یک سوم زندگی‌شان بعد از یائسگی است. در سن ۵۲ سالگی هشتاد درصد زنان عادت ماهیانه نخواهند داشت و به نظر نمی‌رسد هیچ ارتباط واضحی بین سن شروع یائسگی در زنان و سن اولین قاعدگی آن‌ها و ازدواج، زایمان، قد، وزن و یا استفاده از قرص‌های ضد بارداری وجود داشته باشد. به هر حال زنانی که سیگار می‌کشند یک یا دو سال زودتر از غیر سیگاری‌ها به سن یائسگی می‌رسند. زنان بعد از یائسگی (یا سالهای اطراف یائسگی) سطح پایینی از هورمون با نوسانهای کم دارند ولی مقدار آن کمتر از آن است که باعث پرئود شود.

نشانه‌های یائسگی معمولاً در حوالی یائسگی و بعد از یائسگی مشابه هستند. بعضی از نشانه‌ها در بانوان، وابسته به تغییرات هورمونی یائسگی است در حالی که دیگر مشکلات می‌تواند به دلیل افزایش سن و شیوه زندگی باشد (زندگی بی‌تحرك- سیگار کشیدن- تغذیه نامناسب). تقریباً جداسازی این فاکتورها در بررسی و مشاوره هر زن غیر ممکن است.

نشانه‌های شایع یائسگی در زنان ۴۵-۵۵ ساله عبارتند از:

تحریک پذیری، احساس خستگی، افسردگی، گرگرفتگی و تعریق شبانه، سردرد، فراموشکاری، افزایش وزن، بی‌خوابی، درد مفصلی عضلانی، افزایش ضربان قلب و کاهش میل جنسی

یائسگی: مشکلات شایع

امروزه انتظار می‌رود که یک سوم زندگی زنان بعد از یائسگی باشد. یائسگی باید به عنوان یک دوره جدید در زندگی با کمتر شدن مسئولیت‌های قبلی و آمادگی برای انتخاب شغل‌های نیمه وقت، یادگیری بیشتر و اهداف جدید برای کارهای خیر و داوطلبانه تلقی شود.

بسیاری از نگرانی‌های دوران یائسگی می‌تواند به عنوان ناراحتی‌های زود گذر مورد رسیدگی قرار گیرد و اکثریت خانم‌ها متوجه می‌شوند که می‌توانند آنها را به طور کامل در خود مدیریت کنند. یک فهم خوب از آنچه در حال اتفاق افتادن است و این که چگونه با این تغییرات سازگار شویم، می‌تواند به تطبیق با این موضوع کمک نماید. توصیه‌هایی جهت رفع مشکلات خاص، شیوه زندگی را آسان‌تر می‌نماید.

یک یائسگی کاملاً "یکسان" برای همه زنان وجود ندارد و هر زنی عبور از این دوره را به طور متفاوتی تجربه می‌کند. آخرین دوره پرئود ماهیانه یک زن بین سنین ۴۵ تا ۵۱ سالگی اتفاق می‌افتد اما روندی که منجر به یائسگی می‌شود به تدریج سبب تطبیق آسانتر بدن به تغییرات هورمونی می‌شود.

زنان تحت تأثیر درجات مختلفی از علامت‌های ناراحت کننده همراه با یائسگی قرار می‌گیرند. از جمله: سیکل‌های قاعدگی نامنظم - گرگرفتگی - تغییرات الگوهای خواب - ناراحتی واژینال و مشکلات احساسی.

بعضی از زنان به ندرت متوجه تغییرات می‌شوند و هیچ ناراحتی را در زندگی روزمرشان تجربه نمی‌کنند اما حدود ۶۰٪ زنان نزدیک به سن یائسگی، بعضی از نشانه‌های وابسته به تغییرات هورمونی که همراه با یائسگی اتفاق می‌افتد را تجربه می‌کنند. علائم اغلب به طور طبیعی همزمان با پیشرفت سال‌های یائسگی فروکش می‌کند. بعضی دیگر از زنان علائم را به طور ناگهانی یا خیلی شدید تجربه می‌کنند و درصدد پیگیری طبی جهت بهبود ناراحتی‌های خود می‌روند.

سیکل‌های عادت ماهیانه نامنظم:

تغییر در الگوی عادت ماهیانه معمولاً اولین علامت یائسگی است. در طول سال‌های قبل از یائسگی که برای برخی از زنان ۵ و حتی گاهی ۱۰ سال طول می‌کشد دوره عادت ماهیانه معمولاً کمتر قابل پیش بینی می‌باشد. بعضی از زنان متوجه تغییرات زودرس در اواخر دهه سوم خود می‌شوند.

به دلیل کاهش تدریجی عملکرد تخمدان‌ها فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان توقف ناگهانی پرئود را تجربه می‌کنند. در طول این زمان زنانی که پرئودشان به طور ناگهانی متوقف شده بهتر است یک تست بارداری بدهند. با توجه به اینکه حاملگی حتی در حضور سیکل‌های نامنظم هم رخ می‌دهد برای حصول اطمینان بیشتر، تست خون حاملگی به تست ادراری ارجحیت دارد. در اکثریت زنان تغییرات تدریجی پرئود با یک کاهش مداوم، هم در مقدار و هم در مدت خونریزی شروع

می‌شود تا اینکه توقف پریودها به طور ناگهانی دیر یا زود اتفاق می‌افتد. سیکل‌ها بالا و پایین می‌شوند و جریان خونریزی سنگین‌تر یا سبک‌تر از قبل می‌شود. این عدم پیش‌بینی معمولاً بزرگترین ناراحتی سیکل‌های نامنظم محسوب می‌شود.

در نزدیکی‌های یائسگی فاصله پریودها بیشتر می‌شود و حجم خونریزی هم کمتر می‌گردد. همچنین خونریزی‌های مکرر یا سنگین‌تر ممکن است در طول سال‌های یائسگی تجربه شوند. کاهش تخمک‌گذاری ممکن است باعث کوتاه شدن سیکل پریود شود به طوری‌که پریودها خیلی به هم نزدیک شوند. خونریزی‌های ۷-۱۵ روزه غیر معمول نیست و خونریزی ممکن است در بین پریودها هم اتفاق بیفتد. خونریزی واژینال به دنبال یک دوره عدم پریود طولانی یا نامنظم، نیاز به بررسی دارد.

گرچه الگوهای غیر طبیعی پریود، می‌تواند به دلیل تغییرات هورمونی حوالی یائسگی باشد، اما برای حصول اطمینان از سایر علل از جمله فیبروم، پولیپ، سرطان رحم و سرطان دهانه رحم، بانوان باید مورد ارزیابی قرار گیرند.

دمای بدن: گرگرفتگی - برافروختگی

رایج‌ترین علامت دوره نزدیک به یائسگی یک آشفتگی در سیستم تنظیم‌کننده دمای بدن است که منجر به دوره‌های گرگرفتگی و برافروختگی می‌گردد. گرگرفتگی یا برافروختگی می‌تواند باعث ناراحتی گردد و به خودی خود مضر سلامتی و نشانه بیماری نمی‌باشد. اولین احساس گرگرفتگی در زنان می‌تواند اولین تجربه شروع یائسگی باشد. می‌تواند همراه با سردرد، احساس فشار در سر یا یک احساس ناگهانی گرمای شدید شروع شود. احساس گرما، احساس داغی یا برافروختگی در صورت، گردن و قفسه سینه افزایش می‌یابد و پوست ممکن است قرمز شود و افزایش دما حتی تا چند درجه امکان دارد. او ممکن است خودش را با پنکه خشک کند یا جلوی یک پنجره باز بایستد. یک طغیان عرق ریزی به خصوص در بالاتنه ممکن است فوراً به دنبال گرمای ناگهانی ایجاد شود. عرق کردن، دمای پوست را پایین می‌آورد و منجر به لرز می‌شود. علامت‌های کم‌تر شایع که می‌تواند این گرمای ناگهانی را همراهی کند شامل: تپش قلب، احساس ضعف، خستگی، احساس غش و سرگیجه است. گرگرفتگی‌ها در شدت، تکرار و طول مدت متفاوتند. متوسط طول زمان این گرم شدن ۴ دقیقه است. گرچه می‌تواند از یک تا ده دقیقه طول بکشد. تکرار آن یک تا دو بار در هفته متفاوت است. ممکن است هر استرسی، زنگ شروع هر حمله گرگرفتگی را به صدا درآورد.

گرگرفتگی ناگهانی، سه چهارم زنانی را که به طور طبیعی یا به دلیل جراحی یائسه شده‌اند را به زحمت می‌اندازد. هشتاد درصد از زنانی که گرگرفتگی ناگهانی را تجربه می‌کنند، آن را برای بیشتر از یک سال دارند. اما تنها ۲۵٪ آن‌ها برای بیشتر از پنج سال آن را تجربه می‌کنند.

گر گرفتگی می تواند خیلی زود مثلاً در ۴۲ سالگی اتفاق بیفتد. زنان با وزن بالا، به علت تولید استروژن در بافت چربی علائم گرگرفتگی را کمتر تجربه می کنند. در بعضی از زنان گرگرفتگی غیر قابل تحمل نیست و آنها به آسانی به روتین زندگی روزانه شان می پردازند. برای سایرین گرگرفتگی غیر قابل تحمل محسوب می شود. بزرگ ترین مشکل گرگرفتگی بهم ریختن الگوهای خواب است.

خانمی که گرگرفتگی را به طور منظم تجربه می کند، ممکن است چندین بار یا حتی هر ساعت در طول شب بیدار شود. بعضی از زنان با عرق ریزی زیاد از خواب می پرند که در اصطلاح به "تعریق شبانه" معروف است و نیاز به تغییر در ملحفه ها یا لباس های شبانه شان دارند. محرومیت از خواب اثرات متفاوتی بر افراد دارد. ممکن است روز را با تحریک پذیری و خستگی آغاز کنند. بهم ریختن خواب عمیق، ممکن است سبب اختلالات حافظه یا تمرکز گردد. بعضی از زنان احساس اضطراب، عصبانیت یا درد عضلانی دارند. کمبود خواب همچنین می تواند سبب آسان به گریه افتادن و از پادر آمدن ذهنی و فیزیکی شود.

نوسان خلقی:

هیچ افزایشی در شدت بیماری های روانی در زنان در حول و حوش و بعد از یانسگی وجود ندارد. در واقع افسردگی در میان زنان میانسال کمتر شایع است. اگر چه بعضی از علائم روانی در حول و حوش یانسگی ایجاد می شود. مشکلات احساسی ممکن است در این دوره اتفاق بیافتد و یک تا دو سال بعد از دوره یانسگی کاهش یابد. متأسفانه این علائم در واقع مرتبط با تغییرات هورمونی هستند. خستگی، عصبانیت، سردرد، بی خوابی، افسردگی، تحریک پذیری، درد مفاصل و عضلات، گیجی و طپش قلب جزء علائمی هستند که مکرراً توسط زنان به پزشکشان گزارش می شوند. بعضی آشفتگی های احساسی می تواند همراه با محرومیت از خواب باشد که علت آن گرگرفتگی است. تغییر الگوهای جنسی وابسته به آتروفی واژن درمان نشده هم می تواند استرس های روانی برای بعضی از زنان ایجاد کند. دیگر تغییرات این نقطه از زندگی مثل رفتن بچه ها از خانه، ناامیدی شغلی، یا ترس از افزایش سن هم می تواند به ایجاد آشفتگی های احساسی کمک کند. ارزش استروژن درمانی برای شکایات روانی ثابت نشده است، اما در دیدگاه اغلب زنان می تواند بسادگی باعث تسکین گرگرفتگی ها، بی خوابی و آتروفی واژینال شود.

در یک مطالعه سه گروه از بانوان در یک دوره چهار ماهه شرکت کردند. گروه اول پیاده روی، گروه دوم یوگا و گروه سوم هیچ مداخله ای نداشتند. در پایان ماه چهارم، گروه های اول و دوم مشکلات منوبوز بیشتر کاهش یافته بود. فعالیت فیزیکی باعث بهبود خلق و فعالیت ذهنی می شود.

ناراحتی واژینال:

به علت نقش بارز استروژن در دستگاه تولید مثل زنان، کاهش استروژن که همراه با یائسگی است تغییرات مهمی در تمام ارگانهای تولید مثلی ایجاد می‌کند. بعضی از زنان مشکلات واژینال را در طول دوران نزدیک به یائسگی تجربه می‌کنند اما اکثراً تا ۵ الی ۱۰ سال بعد از یائسگی مشکلی ندارند.

با افزایش سن زنان، لغزنده شدن واژن در پاسخ به تحریک جنسی به آهستگی اتفاق می‌افتد. با کاهش استروژن مخاط واژن نازک می‌شود. سوزش و خارش ممکن است نشانه ای از خشکی واژنی باشد که کاهش ترشح موکوسی دهانه رحم به آن اضافه شده است. تمام این فاکتورها می‌تواند سبب درد و خونریزی حین نزدیکی شوند که از نظر پزشکی درد موقع نزدیکی نام دارد. به علاوه این تغییرات، واژن را بیشتر مستعد آسیب می‌کند زیرا بافت آن به آسانی زخمی می‌شود و احتمال عفونت باکتریال موضعی را افزایش می‌دهد. این مشکلات می‌تواند منجر به کاهش میل جنسی به دلیل عدم راحتی، خجالت و یا اطلاعات غلط شود. به هر حال زوج‌هایی که با استفاده از تکنیک‌های جنسی ملایم‌تر و لوبریکان‌های واژن سازگاری حاصل می‌کنند، این موضوع مشکل محسوب نمی‌شود. در واقع یک زندگی جنسی فعال می‌تواند به نگهداری سلامت واژن کمک کند و نیز داشتن برخورد مثبت در اعتماد به نفس زوج‌ها مؤثر است.

دیگر نشانه‌های یائسگی

بیش از ۵۰ نشانه تغییرات هورمونی یائسگی مورد نقد قرار گرفته است. از آنجا که میان این نشانه‌ها و کاهش سطوح استروژن ارتباط ثابت شده‌ای وجود ندارد، بعضی معتقدند که علائم از منابع دیگری ناشی می‌شوند. علائمی که گمان می‌کنیم به طور آشکاری نتیجه یائسگی نیستند مثل: ضعف، بی‌اشتهایی، حالت تهوع، گاز معده، یبوست و اسهال هستند. علائمی که بدون شرح اغلب به اضطراب یا دیگر ناهماهنگی‌های احساسی نسبت داده می‌شوند. اما تحقیقات بیشتری هنوز لازم است. چنین پیگیری‌هایی باید استنباط عمومی در مورد علائم زنان را که به طور رایج درباره آنها پرسیده می‌شود جمع بندی کند.

افزایش وزن

زنان در طول یائسگی افزایش وزن بیشتری دارند. اما این موضوع ربطی به تغییرات هورمونی یا هورمون درمانی جایگزین ندارد. علت آن احتمالاً به علت دلایلی چون کاهش فعالیت فیزیکی، کاهش قدرت عضلانی، دریافت کالری بیشتر و دیگر اثرات افزایش سن می‌باشد. افزایش فعالیت فیزیکی و یک تغذیه مغذی و رژیم متعادل می‌تواند باعث کاهش وزن شود.

تغییرات پستان‌ها

اگر پستان‌ها در بین سیکل‌ها دردناک می‌شود ممکن است وابسته به تغییرات هورمونی باشد، مثل آنچه که در بارداری اتفاق می‌افتد که البته درد پستان‌ها نیز یک مشکل است. زنانی که درد پستان‌ها را در طول سیکل عادت ماهیانه تجربه کرده‌اند، اغلب متوجه می‌شوند که آن نشانه‌ها بعد از یائسگی ناپدید شده است.

خارش پوست

برخی از زنان احساس خارش دار سوزنده‌ای را بر پوستشان تجربه می‌کنند که به عنوان توهم لمس حشره بر روی پوست شناخته می‌شود که پوست قلقلک می‌شود چون احساس می‌کنند چیزی مثل حشرات کوچک در طول بدنشان در حال رژه رفتن هستند. یک مطالعه نشان داد که بیشترین شیوع این حس و توهم یکسال بعد از آخرین پریود اتفاق می‌افتد. اگر چه علت نامشخص است، به نظر می‌رسد به یائسگی مربوط باشد که به خودی خود ناپدید می‌شود. کرم‌های مرطوب کننده مؤثر است.

کاهش حافظه

به نظر نمی‌رسد که رابطه مستقیمی بین یائسگی و کاهش حافظه وجود داشته باشد. این مشکل به محرومیت از خوابی که اغلب همراه با عرق ریزی شبانه است مربوط می‌شود. بعضی از گزارشات نشان می‌دهد که مشکلات حافظه در دوران نزدیک به یائسگی و بعد از آن تمایل به ناپدید شدن دارند. اگر مشکلات باقی بمانند، خانم باید توسط پزشک ویزیت شود.

مشکل بینایی

ظرفیت بینایی مثل توانایی خواندن نشانه‌های تابلوهای جاده در شب در زنان یائسه در یک گروه از زنان کاهش یافته گزارش شده است. این تغییر مطالعه شده و هنوز نمی‌توان آنرا به طور مستقیم به تغییرات هورمونی در طی یائسگی مربوط کرد.

بزرگ‌ترین نگرانی‌های سلامتی بعد از یائسگی:

اگر چه نشانه‌ها و علائم یائسگی ممکن است پر درد سر باشد اما این تغییرات خطرناک نیستند. تغییرات بدن در حوالی یائسگی که به طور موثری برای سلامت زنان باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:

پوکی استخوان

زنان در اواخر دهه سوم زندگی شان شروع به از دست دادن توده استخوانی می‌کنند. اما بعد از یائسگی این موضوع وابسته به کاهش استروژن است. از دست دادن بافت استخوانی به طور چشمگیری افزایش یافته و زنان در خطر پوکی استخوان قرار می‌گیرند. در آن موقعیت استخوان‌های شکننده به آسانی می‌شکنند. پوکی استخوان می‌تواند میچ، ستون مهره‌ها و استخوان لگن را درگیر کند، که یک خطر بزرگ برای سلامتی به شمار می‌رود. بیماران در طول شش ماه بعد از شکستن استخوان لگن به دلیل شکایاتی مثل ایجاد لخته خون، سکته، حمله قلبی و پنومونی در معرض خطرات جدی قرار می‌گیرند. زنان می‌توانند با دریافت کلسیم کافی و ویتامین D و ورزش منظم از خودشان در مقابل این عوارض محافظت نمایند. برای نگهداری از ذخیره استخوان‌ها بعد از یائسگی بعضی از زنان از درمان جایگزینی هورمون یا دیگر داروها استفاده می‌کنند.

بیماری قلبی

تولید استروژن در خانم‌های جوانتر اثر محافظتی از بیماریهای قلب و عروق دارد، اما بعد از چند سال بدلیل کاهش استروژن بعد از منوپوز حمله‌های قلبی و سکته مغزی شانس بیشتری پیدا می‌کنند. بهترین راه دفاع مقابل بیماری قلب و عروق خوردن رژیم کم چربی، حفظ وزن طبیعی، ورزش منظم، پرهیز از کشیدن سیگار، کنترل فشارخون و دیابت است. تاکنون تحقیقات هورمون درمانی جایگزین را محافظ قلب می‌دانند اگر بلافاصله بعد از یائسگی شروع شود ولی مطالعات اخیر آن را بی تأثیر می‌دانند اگر چند سال بعد از یائسگی مصرف شود.

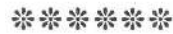
تغییرات عروق مغزی

بیماری الزایمر و سکته مغزی با افزایش سن مربوط است، گرچه تخمدانها اثر محافظتی روی سیستم قلب و عروق مغز و متابولیسم چربی دارند.

بررسی سلامتی:

- بعد از گرفتن شرح حال کامل، هر سال معاینه بالینی (لگن) و معاینه پستان‌ها
- اندازه گیری وزن و قد (کاهش قد به دلیل پوکی استخوان است).
- آزمایش‌های معمول: هر سه سال (ولی بر حسب مورد، ممکن است زودتر انجام شود) مانند پاپ اسمیر (یا تست بررسی سلول‌های سرطانی دهانه رحم)، آزمایش خون، تجزیه ادرار، آزمایش قند و چربی خون، کلسیم-فسفر، سطح ویتامین D، آزمایش عملکرد کلیه و کبد.

- میزان هورمون تیروئید (TSH) در چهل سالگی و از شصت سالگی هر دو سال یک بار.
- آزمایش بررسی خون در مدفوع هر سال بعد از پنجاه سالگی.
- کولون سکوپپی در پنجاه تا پنجاه و پنج سالگی یک بار (ولی بر حسب مورد، ممکن است تکرار شود).
- ماموگرافی از چهل سالگی هر سال، بعد از پنجاه سالگی هر دو سال تا شصت سالگی، بر حسب مورد، ممکن است تکرار شود.
- اندازه گیری تراکم معدنی استخوان بعد از شصت و پنج سالگی است. اگر شکستگی استخوان دارد و یا به دلیل مصرف بعضی داروها و فاکتور ارثی ممکن است بیشتر در معرض خطر پوکی استخوان باشند و زودتر نیاز به بررسی تراکم استخوان دارند.
- سونوگرافی شکم و لگن بر حسب مورد، سن و سابقه فامیلی.





فصل دوم

تغییرات جسمی، روحی و اجتماعی
در سنین منوپوز

سررشته کلام: با افزایش سن و تحلیل رفتن فیزیکی جسم، برای رشد روحی و اندیشه فضای بیشتری ایجاد می‌شود. برای کارهای مفید و مؤثر ولی انجام نشده و کارهای انجام شده که اگر امروز بود انجام نمی‌دادید، خود را ملامت نکنید. فرصت مغتنم است. امروز و این روزها بهترین ایام برای پرداختن به سلامت فیزیکی، روحی و درونی شماست زیرا مدیریت مسائل بیرونی را بر حسب توانتان تاکنون فرا گرفته‌اید.

زنان مسن حساسیت بیشتری از لحاظ روانی دارند و به خصوص در موقعیت‌های پر استرس، بی‌ثبات‌اند. کمبود یا فقدان استروژن منجر به حساس شدن، بی‌حوصلگی و تند مزاجی، تغییرات خلق، بی‌خوابی و حتی موقعیت بحرانی آلزایمر (که امروزه خیلی شایع‌تر شده است) می‌شود. در یک مطالعه خانم‌های ۴۵-۵۵ ساله را بررسی کردند تا تغییرات ایجاد شده در تمایل جنسی آنها را مشخص کنند. در ۶۲٪ آن‌ها هیچ تغییری در تمایل جنسی مشاهده نشد در ۳۰٪ کاهش و در ۷٪ افزایش تمایل جنسی را مطرح کردند.

فعالیت جنسی بعد از منوپوز تحت تاثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد: سلامت ذهنی و فیزیکی، تمایل و علاقه، نگرش فرهنگی، رابطه‌اش با همسر، زمینه اقتصادی-اجتماعی و غیره.

فعالیت جنسی در سنین میانسالی به سه دسته تقسیم می‌گردد:

گروه اول: هیچکدام از دو طرف (زن و مرد) تمایل به فعالیت جنسی ندارند.

گروه دوم: هر دو تمایل به فعالیت جنسی دارند.

گروه سوم: فقط یک طرف تمایل به فعالیت جنسی دارد..

احتمال بروز مشکلات روحی-اجتماعی بیشتر در گروه سوم وجود دارد. با این وجود مشکلات روحی-اجتماعی در زنان با هم متفاوت است. بعضی زنان یانسگی را زمان معاف شده از مسائل و روابط جنسی می‌دانند، زیرا در این زمان از پرید، خونریزی، مسئولیت فرزندان کوچک و از همه مهم‌تر حاملگی معاف هستند. و عده‌ای از خانم‌ها یانسگی را به عنوان ازدست دادن جوانی و حالت‌های زنانه و فقدان قدرت باروری می‌دانند.

تغییرات جنسی در میانسالی

در سنین حوالی منوپوز، تغییراتی ایجاد می‌شود که می‌توانند روی فعالیت جنسی تأثیر منفی داشته باشند. خشکی واژن، آتروفی دستگاه ژنیتال و کاهش لغزندگی واژن ممکن است منجر به درد موقع نزدیکی شود.

تغییرات اعصاب شامل:

کاهش حس لامسه، کاهش ارتعاشات عصبی، کندی هدایت و انتقال امواج عصبی باعث تاخیر در زمان واکنش فرد می‌شود. این تغییرات منجر به تاخیر در برانگیختگی تمایلات و فقدان یا تاخیر ارگاسم نیز می‌شود.

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که علائم یانسگی فقط به دلیل کاهش استروژن نمی‌باشد بلکه کاهش آندروژن نیز نقش مهمی را در زندگی جنسی فرد بازی می‌کند. هورمون تستوسترون نقش اساسی در تحریک تمایلات و فعالیت های جنسی زن دارد.

تغییرات جنسی مردان در میانسالی عامل مهمی بوده و عبارتند از: کاهش تولید تستوسترون، کاهش حساسیت، کاهش تمایل، کاهش نگهداری و میزان برانگیختگی که این عوامل ممکن است منجر به ترس و اضطراب مردان از انجام فعالیت جنسی شود. اختلال عملکرد، ممکن است فعالیت جنسی مردان را مختل کند. بعبارت دیگر مرد از این که ممکن است ناتوانی جنسی داشته باشد از اقدام به رابطه جنسی خودداری می‌کند.

تأثیر عوامل اجتماعی در زندگی جنسی

عوامل فرهنگی اجتماعی ممکن است روی فعالیت جنسی تأثیر بگذارد. نوع تربیت در یک جامعه ممکن است بر اساس الگوهای رفتاری و ارزش های اخلاقی آن جامعه، فعالیت جنسی را در سنین بالا ناپسند دانسته و این مسئله روی فعالیت جنسی تأثیر گزار است. بعضی از زوج ها، در میانسالی فعالیت جنسی را به دلیل ذهنیت قدیمی و سنتی هنگامی که فرزندان ازدواج کرده و بچه دار می‌شوند، متوقف می‌کنند. خانواده‌های پر جمعیت و زندگی کردن خانواده با همدیگر، مانع داشتن استقلال و محیط خصوصی و در نتیجه مانع داشتن روابط و فعالیت جنسی زوج ها می‌شود. همسری که به علت مشغله کاری زیاد، خسته است نمی‌تواند از رابطه جنسی لذت ببرد. یکی دیگر از عللی که در مردان مانع داشتن فعالیت جنسی می‌شود، استفاده از مواد مخدر است. خشونت ها و دعواهای خانوادگی نیز علت مهمی برای کاهش فعالیت جنسی است. تغییر اندام و هیكل زنان مسن نیز باعث کاهش فعالیت جنسی می‌شود. اگر تمایل جنسی زنان با میزان استروژن مرتبط باشد می‌بایست تغییر فعالیت جنسی در منوپوز و بعد از آن به یک شکل بروز کند، اما اینطور نیست و در عده ای از خانم ها افزایش و در گروهی دیگر کاهش تمایل جنسی وجود دارد، بنابراین عوامل دیگری غیر از عملکرد تخمدان ها در فعالیت جنسی افراد مسن تر تأثیر دارد. معمولاً خانم های مسن تر در مقایسه با آقایان ترجیح می‌دهند فعالیت جنسی کمتری داشته باشند. از دست دادن همسر نیز مانع داشتن فعالیت جنسی می‌شود. ازدواج مجدد در افراد مسن معمول نیست. گاهی هم ممکن است زنان مسن با مردان جوانتر از خود ازدواج کنند. بعضی مردان نیز به علت این که همسرشان چاق شده و یا جذابیت خود را از دست داده، نسبت به او بی تمایل می‌شوند. گروهی از مردان که اقدام به مصرف مشروبات الکلی و سیگار و مواد مخدر می‌کنند از داشتن یک ارتباط

صمیمی و جنسی با همسرشان امتناع می‌ورزند. مردانی که ساعات زیادی را در محیط یا محل کار می‌گذرانند ممکن است باعث سردی و نارضایتی همسر شود. بعضی موارد نیز زن یا شوهر برای تنبیه همسرش از داشتن رابطه جنسی امتناع می‌کند. از بین رفتن احترام، اعتماد یا دوست داشتن نیز می‌تواند روی فعالیت جنسی تأثیر منفی بگذارد.

عوامل طبی که روی فعالیت جنسی تأثیر می‌گذارد:

زنان و مردان ممکن است از بیماری‌های مختلفی رنج ببرند که روی زندگی و فعالیت جنسی آنها تأثیرگذار هستند. این بیماری‌ها ممکن است در هر سنی بروز کند اما احتمال بروز آن‌ها در سنین میانسالی بیشتر است. "پروسه پیر شدن" باعث ایجاد مشکلاتی در آمیزش می‌شود که عبارتند از: ناتوانی، بیماری عروق قلبی، التهاب مفاصل و بیماری‌های دیگر که می‌توانند روی فعالیت جنسی فرد تأثیر بگذارند. بروز بیماری‌های التهاب مفاصل، دیابت، بیماری پارکینسون (لرزش عصبی) و نیز مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) می‌توانند باعث محدودیت فعالیت جنسی شوند.

اختلالات خلقی و مشکلات دیگر روحی روانی ممکن است بازندگی جنسی فرد تداخل نماید. صدمه به دستگاه ژنیتال در کودکی یا تصادف نیز می‌توانند فعالیت جنسی فرد را مختل کنند. صدمات حین زایمان باعث شلی عضلات لگن می‌شوند. از طرفی بافت ترمیمی در دناک بعد از بخیه زایمانی ممکن است روی فعالیت جنسی فرد اثر بگذارند.

همچنین اعمال جراحی پستان یا اندام‌های دیگر ژنیتال زنان و جراحی پروستات در مردان می‌تواند تأثیر روی فعالیت جنسی فرد داشته باشد. هیستریکتومی (برداشتن رحم بدون برداشتن تخمدانها) متداول‌ترین جراحی زنان میانسال است، روی عملکرد هورمونی و روحی-روانی فرد، در ارتباط با تمایلات جنسی تأثیر ندارد. توصیه می‌شود طول واژن حفظ شود.

اثر دارو روی فعالیت جنسی

مشخص شده که بعضی داروهای مصرفی توسط مردم (زنان و مردان) اثر عمیقی روی فعالیت جنسی دارند. بعضی داروها ممکن است تمایلات جنسی، عملکرد اوج لذت جنسی و ارگاسم را تغییر دهند. داروهایی مانند داروهای ضد فشارخون، جریان خون سیستم مرکزی عصبی را تغییر می‌دهند. داروهای آنتی هیستامین که باعث خشکی پوست یا خشکی غشاءهای مخاطی می‌شوند، می‌توانند روی عملکرد جنسی موثر باشند. درمان باهورمون‌های جایگزین استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌توانند تأثیر عکس روی سطوح آندروژن‌ها داشته باشند. مشخص شده پروژسترون، باعث کاهش جریان خون واژن شده و می‌تواند تمایل را کاهش دهد. بعضی داروهای ضد افسردگی که بطور متداول در حوالی منوپوز استفاده می‌شود، روی فعالیت جنسی اثر می‌گذارد.

علایم و درمان مشکلات روحی اجتماعی

مشکلات روحی که در تعدادی از بانوان بروز می‌کند: نوسانات خلقی: می‌تواند به صورت خفیف تا شدید باشد. در یک لحظه خوشحال و لحظه دیگر گریه می‌کند و لحظه بعد با همسرش جدال می‌کند. زود از کوره در می‌رود. نوسانات خلق گاهی بدون پیش زمینه قلبی و حتی بدون یک محرک واقعی شروع می‌شود.

افسردگی: ممکن است در تعدادی از بانوان افسردگی خود را بروز دهد. زمینه خانوادگی سه برابر احتمال افسردگی را بیشتر می‌کند.

تحریک پذیری: بعد خشم و عصبانی شدن نسبت به سایر علائم شایعتر است. ممکن است به دلیل تغییرات هورمونی باشد.

احساس گناه: به دلیل زود جوش آوردن و یا گاهی بی توجهی به همسر و فرزندان ممکن است پیش خود احساس گناه یا بدهکار بودن به خانواده داشته باشد و گاهی بر عکس ناراحت باشد که درک یا تقدیر نمی‌شود. این حس‌ها و دیگر جنبه‌های روحی می‌تواند یک سیکل معیوب ایجاد کند.

کاهش فعالیت تخمدان لزوماً علت همه مشکلات جنسی روانی نیست. مسائل اجتماعی - اقتصادی نقش خیلی مهمی را در این سنین روی مشکلات جنسی - روانی بازی می‌کند. همسر (شوهر) ممکن است درگیر فعالیت‌های شغلی خود باشد، موضوع سلامت پدر و مادر هر دو زوج، ممکن است ایجاد نگرانی کند و از طرفی فرزندان کمتر در کنار پدر و مادر هستند، و این هاتاثیر گذار است.

درمان مشکلات اجتماعی - روانی بستگی به عامل ایجاد کننده دارد. داروها به تنهایی ممکن است باعث تسکین یا درمان این مشکلات نشوند، استروژن ممکن است در اختلالاتی که در اثر کمبود آن ایجاد شده کمک کند که می‌توان با درمان دارویی یا جراحی نتیجه بهتری گرفت.

حل مشکلات اجتماعی روحی نیاز به مشاوره دارد که می‌بایست قبل از پیشرفت علائم انجام گردد. تیم مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند راجع به تغییرات حوالی منوپوز توضیحات لازم را به زنان ارائه دهند و نگرش مثبتی در ذهن زنان یائسه ایجاد کنند. همچنین به شوهران در مورد مرحله‌ای که همسر در آن قرار دارد توضیح داده شود.

یائسگی دوره راحت شدن از پیوند و مشکلات بارداری است و این دوران می‌تواند مانند بهار زندگی باشد به شرط اینکه فرد در شیوه و سبک زندگی خود تغییر ایجاد کند.

بانوانی که دیدگاه بهتری نسبت به منوپوز دارند کمتر فشار روحی و استرس پیدا می‌کنند. ورزش‌های آبرویک موجب بهبود بد خوابی و بد خلقی می‌شود.

در این رابطه، همسر هم می‌تواند نقش حمایتی داشته باشد. او می‌تواند حجم کاری خود را کاهش داده و وقت بیشتری را صرف همسر خود کند.

درمان حمایتی

زنان در رابطه با مرحله منوپوز نیاز به مشاوره مناسب دارند. آن‌ها باید سبک زندگی خود را تغییر دهند مثلاً: قطع و ترک سیگار و تنباکو در هر شکل آن، رژیم غذایی متعادل (کاهش چربی حیوانی، شکر یا نمک، مصرف کافی آب)، انجام یوگا یا ورزش‌های فیزیکی مناسب. باید به خانم‌ها توصیه شود فعالیت‌هایی را که دوست دارند، توسعه داده و بیشتر مشغول تفریحات و سرگرمی‌های سالم شوند و خود را سرزنده و شاداب نگهدارند.

می‌گویند «مغز بیکارخانه شیطان است». قدم زدن بصورت ناشتا و روزانه بمدت ۳۰ دقیقه و همچنین ورزش‌های یوگا در ایجاد شادابی موثرند. تمرکز فکری در کنترل بعضی از مشکلات این دوره بسیار مؤثر است. اختلافات خانوادگی باید مورد توجه قرار گیرند، و با افراد خانواده در مورد داشتن روابط صمیمی به مشاوره و گفتگو پرداخت. حتی الامکان اتاق پدر و مادر از فرزندان جدا باشد.

خانم‌های یائسه باید مدت زمانی را هم صرف فعالیت‌های داوطلبانه خیریه، معنوی و دعا کنند. می‌توانند یک تفریح و سرگرمی جدید برای خود فراهم کرده و باعث مشغول شدن فکر و پرکردن اوقات فراغت خود شوند. همچنین می‌توانند زمانی را به مطالعه مجلات و کتاب‌های مورد علاقه اختصاص داده و زمانی را صرف دیدن تلویزیون و فیلم‌های مورد علاقه خود نمایند. بهتر است تا حدودی فعالیت‌های جنسی را نیز داشته باشند زیرا باعث تأمین جریان خون مورد نیاز دستگاه ژنیتال می‌شود. می‌گویند فعالیت جنسی باعث حفظ سلامت مخاطی و واژن می‌شود و لزوماً به معنی رابطه جنسی نیست، بلکه هرگونه تحریک جنسی می‌تواند اثر مشابهی روی جریان خون واژینال داشته باشد. ادامه فعالیت جنسی به حفظ و نگهداری سلامت دستگاه ژنیتال کمک می‌کند. خشکی واژن، مشکلات ادراری و گرگرفتگی با استروژن درمان می‌شوند. درمان استروژن کوتاه مدت در تسکین علائم موثر است. داروهایی باعث درمان ناتوانی جنسی آقایان می‌شود. در ناتوانی جنسی باید مشاوره انجام شود. افسردگی و اضطراب که در اوایل منوپوز ایجاد می‌شود معمولاً بعلاوه کاهش استروژن است، با این وجود نمی‌توان براحتی گفت که افسردگی به عنوان واکنشی به فقدان هورمون در یائسگی است. درمان‌های استروژنی کوتاه مدت در این گونه از زنان باعث تسکین علائم می‌شود، داروهای ضد افسردگی، داروهای افزایش دهنده و بهبود دهنده خلق و مسکن‌ها نیز موثرند، اما ممکن است ایجاد عادت نمایند. باید به خاطر داشت داروهای ضد افسردگی، ممکن است مشکلات ادراری را بدتر نمایند.

اعضاء دلسوز و صمیمی خانواده و کادر درمانی توانمند برای تبدیل پائیز رنج آور منوپوز به بهار زندگی یک زن، می‌توانند نقش موثری را ایفا نمایند.



فصل سوم

بیماری ہاگ ژنیتال،
خونریزک ہاگ بعد از یائسگی

سررشته کلام: پزشکان زنان موارد زیادی را به خاطر می‌آورند که وقتی یک خانم برای ویزیت و معاینه مراجعه می‌کند، مستأصل و شرمگین است و حتی آنرا بیان می‌کند. واقعیت اینست که بیمار شدن و بیمار بودن سخت است. مبنوانید با ویزیت منظم، غربالگری و تشخیص‌های زودرس خود را از گرفتاریهای بیماری برهانید.

عفونت‌های دستگاه تناسلی:

با وجود اینکه عفونتهای دستگاه تناسلی پس از یانسگی زیاد معمول نیست، ممکن است به علت تغییر PH، افزایش یابد.

خارش ولو:

یک نشانه معمول (عادی) در زنان پس از یانسگی است. می‌تواند به دلیل عفونت - آگزما - خونرسائی ناقص ولو و دیابت باشد. درمان بیماری بر اساس علت است، اگر چه ژل دارویی موضعی، قرص‌های داخل واژینال یا بدون استروژن و داروهای ضد حساسیت مؤثر واقع می‌شوند.

واژنیت قارچی:

واژنیت قارچی در زنان مسن بسیار معمول است. ترشحات سفید غلیظ همراه با قرمزی و ورم ولو همراه می‌شود. به طور معمول در موارد دیابت و مصرف آنتی بیوتیک به مدت طولانی و درمان با داروهای ضد سیستم ایمنی، دیده می‌شود. معمولاً فلوکونازل خوراکی ۱۵۰ میلی گرم، یک عدد استفاده می‌شود. اما باید از تجویز آن به دیابتی‌ها بدلیل واکنش متقاطع دارویی با داروی ضد دیابت خوراکی احتیاط کرد. از داروهای دیگر خوراکی نیستاتین است. کتوکونازل، نیستاتین، کلوتریمازل و میکونازل واژینال دارای کیفیت مؤثر هستند.

تریکوموناس واژن:

تریکومونا در زنان مسن زیاد شایع نیست. مسبب آن یک انگل تازک دار است. خصوصیات آن ترشحات واژینال کف آلود خاکستری متمایل به سبز است. درمان باید برای هر دو شریک جنسی به دلیل جلوگیری از عود پیشنهاد شود. مترونیدازل خوراکی بسیار مؤثر است.

واژینوز باکتریال:

ترشحات واژینال، شفاف واضح و آبکی با بوی بد ماهی است. درمان آن مترونیدازل خوراکی یا کلیندامایسین واژینال هستند.

واژن آتروفیک:

کمبود استروژن بعد از یائسگی، و نازکی دیواره واژن باعث تغییر PH به سمت قلیایی شدن می‌شود. این تغییرات موضعی در واژن ممکن است مسئول نشانه‌هایی مانند خارش ولو - تکرر ادرار - احساس دفع ادرار و سوزش ادرار باشد. در اثر واژینیت آتروفیک، تنگی واژن ایجاد می‌شود. درمان آن نرمال کردن PH واژن با اسید بوریک یا اسید استیک (سرکه) به روش واژینال برای مدت طولانی است.

استروژن به شکل کرم واژینال، خوراکی و ژل بهترین عامل درمانی در واژینیت آتروفیک است. پاسخ به درمان با استروژن، بعد از چند هفته کوتاه ظاهر می‌شود. در زنانی که منع مصرف استروژن وجود دارد؛ مرطوب کننده یا لوبریکان محلول در آب تجویز می‌شود.

افتادگی رحم و دیواره واژن:

عوامل متعددی باعث افتادگی رحم و دیواره واژن می‌شوند. بدلیل یائسگی، کمبود استروژن بعد از یائسگی، چند زایی، عوارض زایمان سخت، افزایش فشار داخل شکمی ناشی از سرفه مزمن و یبوست و غیره می‌باشد. به علاوه ضعف ذاتی بافت حمایت کننده رحم و افزایش سن عوامل مهمی هستند.

علائم آن معمولاً: کمر درد، جلو آمدگی و بیرون زدگی واژن، احساس کشیدگی در زیر شکم و پرینه، تکرر ادرار، سوزش ادرار، بی اختیاری استرسی و یبوست مزمن است.

اداره کردن:

در اکثر زنان مسن تصمیم باید بر اساس سن، شدت علائم، درجه‌ی افتادگی رحم، فعالیت‌های جنسی و مشکلات طبی باشد. تصمیم برای درمان جراحی بیمار، بعد از ارزیابی فواید و عوارض جراحی صورت می‌گیرد. ترمیم بسته به شرایط فردی بیمار می‌باشد.

خونریزی بعد از یائسگی:

اگرچه در تعداد زیادی از زنانی که خونریزی پس از یائسگی دارند هیچ ضایعه وجود ندارد، اما نباید آن را دست کم گرفت چرا که در یک پنجم موارد این خونریزی علامت بدخیمی دستگاه تناسلی است و از این رو باید آن را یک زنگ خطر محسوب کرد و جدی گرفت.

خونریزی بعد از یائسگی به معنی هر گونه خونریزی از دستگاه ژنیتال بعد از یک سال از پایان کامل قاعدگی است. باید به فکر عارضه‌ی بدخیمی دستگاه ژنیتال بود مگر خلاف آن ثابت شود. از دست رفتن خون به طور مزمن باعث ضعف می‌شود.

علل:

- هورمون درمانی به خصوص با استروژن و حتی استروژن گیاهی.
 - مصرف تاموکسی فن.
 - استروژن تولید شده از تومورهای تخمدان.
 - کمبود استروژن که نتیجه آن نازکی آندومتر است.
 - تغییرات خوش خیم شامل:
 - پولیپ رحم - فیبروم - پولیپ دهانه رحم.
 - علل متفرقه که شامل موارد زیر است:
 - التهاب دهانه رحم یا واژن - ضربات آسیب زا مثل آسیب‌های پس از نزدیکی - زخم‌های پدید آمده در افتادگی رحم - اجسام خارجی مثل تامپون - وسایل داخل رحمی - استفاده از داروهای ضد انعقاد.
 - بدخیمی‌های دستگاه تناسلی که شایع نیستند ولی تشخیص زودرس آنها اهمیت دارد. شامل موارد زیر است.
 - بدخیمی‌های تخمدان - سرطان لوله - سرطان رحم - سرطان دهانه رحم.
- خونریزی پس از یائسگی زنان در ۶۰ درصد موارد هیچ گونه علت ارگانیک ندارد. ۳۰ درصد موارد به دلیل مصرف استروژن و یا کمبود استروژن، و ۲۰ درصد موارد در بدخیمی‌ها تخمین زده شده‌اند. زنان چاق به دلیل تبدیل محیطی اندروژن به استروژن بوسیله سلول‌های چربی، بیشتر مستعد خونریزی پس از یائسگی هستند. واژن نازک شده تقریباً شایعترین علت خونریزی قسمت تحتانی دستگاه تناسلی است.

علائم:

خونریزی ممکن است تنها علامت باشد. زنان یائسه ممکن است از علائم دیگر شاکی باشند. مثلاً خانمی که چندین سال است یائسه شده ممکن است از علائم کمبود استروژن شاکی باشد. ممکن است خونریزی و درد به دلیل پولیپ یا فیبروم رحم همراه اسپاسم ناشی از انقباض رحم باشد. رشد سریع توده در قسمت تحتانی شکم ممکن است به دلیل تغییرات بدخیمی یک فیبروم یا تومور تخمدان در نظر گرفته شود. البته در این شرایط خونریزی تنها علامت نخواهد بود.

بررسی:

شرح حال و جزئیات آن بسیار مهم است. تاریخچه مامایی، میزان خونریزی، میزان عود خونریزی، طول مدت یائسگی، سابقه بد خیمی در خانواده، سابقه بد خیمی قبلی، سابقه مصرف تاموکسی فن، دیابت، فشار خون و بیماری‌های کبدی ممکن است به یافتن علت خونریزی کمک کند. بد خیمی در بستگان هم خون، دو دوره یا بیشتر خونریزی واژینال، فاصله طولانی از دوره یائسگی، سنین بالا، نازایی طولانی مدت قبل از یائسگی، نداشتن زایمان، قاعدگی زود رس، یائسگی دیررس را باید در نظر داشت. خونریزی پس از نزدیکی ممکن است دلیل بر سرطان دهانه رحم باشد. نزدیکی درد ناک، خارش، ترشحات واژن و ولو مطرح کننده نقصان استروژن است. البته باید به این نکته نیز توجه کرد که ممکن است زنانی از پساری یا وسایل داخل رحمی استفاده کنند ولی در شرح حال فراموش کرده و مطرح نکرده‌اند.

معاینات:

معاینات معمولی شامل ثبت فشار خون، معاینه دستگاه قلبی عروقی، سیستم عصبی و اگر رنگ پریدگی دارد علت آن بررسی می‌شود. معاینات شکم با هدف تشخیص توده‌های قسمت تحتانی شکم است. معاینه قسمت بیرونی واژن برای آنکه ببینیم خونریزی از بواسیر (هموروئید)، بیرون زدگی پیشابراه، پرولاپس مخاط پیشابراه، التهاب ولو، التهاب واژن، زخم‌های واژن، دهانه رحم و پولیپ‌ها است. زخم دهانه رحم که با لمس خونریزی کند گاهی مطرح کننده بدخیمی است. همچنین باید بزرگی رحم، بررسی توده تخمدان و ندولار بودن حوالی رحم را مشخص نمود. باید متذکر شد که پس از یائسگی رحم کوچک می‌شود لذا اندازه نرمال رحم را در یک زن یائسه باید بعنوان رحم بزرگ شده در نظر گرفت. رحم نرم بزرگ مطرح کننده خون در رحم یا تجمع چرک در رحم گاهی به علت سرطان رحم یا دهانه رحم و یا به علت تنگی دهانه رحم است. معاینه رکتال معمولاً جهت بررسی احشای لگنی و ارزیابی حوالی رحم انجام می‌شود. هموروئید عفونی در معاینه احساس می‌شود اگرچه دردناک هستند اما با درمان بهبود می‌یابند.

تشخیص‌های دیگر:

خونریزی ظاهر شده در ناحیه ژنیتال تنها موقعی توسط زنان مورد توجه قرار می‌گیرد که از مجرای تناسلی باشد. در حالیکه بیرون زدگی مخاط مجرای ادرار اغلب با خونریزی همراه است که در زنان یائسه ممکن است بعنوان خونریزی واژینال تلقی شود. موارد بیماری‌های مثانه مثل: تومورها، عفونت و سنگ مثانه باعث خونریزی می‌شوند که ممکن است با خونریزی پس از یائسگی اشتباه شود. و خونریزی مقعد به دلیل بد خیمی‌های رکتال یا

پرولاپس رکتوم و یا هموروئید ممکن است اشتباه تفسیر شود. بواسیر یا هموروئید در موارد عفونی ممکن است بسیار دردناک باشد.

تمام این موارد در یک معاینه بالینی که شامل معاینه رکتال نیز می‌شود توسط یک متخصص زنان، آزمایشات روتین ادرار و مدفوع تشخیص داده می‌شوند.

با گرفتن شرح حال و معاینات بالینی معمولاً می‌توان مشکلات آشکار مثل واژن اتروفیک و التهاب ولو واژن را تشخیص داد و با داروهای موضعی درمان کرد. بیماری‌های های دیگر نه تنها لازم است بوسیله آزمایشات تأیید شود بلکه باید بد خیمی‌ها نیز رد شود. زیرا احتمال وجود بد خیمی بزرگ‌ترین نگرانی بیمار و متخصص زنان است.

این امر واضح است که بررسی‌های ساده و غیر تهاجمی یا با میزان تهاجم پایین‌تر ارجحیت دارد. در دسترس بودن و همگانی بودن و همچنین هزینه این روش‌ها قابل توجه است. روش‌های تشخیصی مانند (سی تی اسکن و ام آر ای) معمولاً در دسترس عام و قابل انجام نیستند. پاپ اسمیر باید برای هر موردی انجام شود. در ضمن جدا از موارد خونریزی بعد از یائسگی باید به عنوان معاینه روتین در تمام زنان در سنین منوپوز انجام شود. زیرا این روش نه تنها می‌تواند مشخص کننده بد خیمی دهانه رحم باشد بلکه زمان اجازه مداخله را در تغییرات پیش سرطانی مشخص می‌کند. با کولپوسکپی می‌توان اطلاعات مفیدی بدست آورد و همچنین نواحی مشکوک برای بیوپسی دهانه رحم را نمایان می‌کند.

سونوگرافی:

این روش ساده - بی خطر و با ارزش تشخیصی بالاست که بصورت وسیع قابل دسترس است. سونوگرافی شکم در کشف و تشخیص توده‌های بزرگ لگنی و بد خیمی‌ها مفید است. اهمیت سونوگرافی از راه واژن در موارد خونریزی پس از یائسگی قابل چشم پوشی نیست. این نوع سونوگرافی می‌تواند موارد غیر طبیعی داخل رحم مثل: پولیپ‌ها - فیبروم‌ها - ضخیم شدن آندومتر و غیره را مشخص کند.

ضخامت آندومتر را می‌توان با این روش به آسانی اندازه گیری کرد. و البته یک رابطه مستقیم بین ضخامت آندومتر و سرطان آندومتر وجود دارد. عوامل خطر سرطان رحم با ضخامت آندومتر مساوی و بیشتر از ۵ میلی متر نسبت به کمتر از ۵ میلی متر است. صحت تشخیصی ضخامت آندومتر کمتر از ۵ میلی متر با سرطان رحم ارتباط (معکوس) است. اگر ضخامت آندومتر کمتر از ۵ میلی متر باشد احتمال زیاد سرطان آندومتر مطرح نمی‌شود.

در نهایت اینکه احتمال سرطان آندومتر با آندومتر ضخیم غیر یکدست و مایع ازاد در حفره آندومتر افزایش می‌یابد.

سونوگرافی از راه واژن را بعداً می‌توان با سونوگرافی با تزریق سرم جایگزین کرد. یعنی هنگام سونوگرافی از راه واژن، سرم از دهانه رحم در رحم تزریق می‌شود. به این وسیله می‌توان موارد

بیماریهای داخل رحم، پولیپ های داخل رحمی و فیبروم زیرمخاطی داخل رحمی را کاملاً مجزا شناسایی کرد.

ام آر آی (MRI)

این روش غیر تهاجمی ولی گران می تواند موارد بیماریهای لگنی از جمله ضخامت آندومتر و به خصوص موارد تهاجم به آندومتر را به دقت شناسایی کند.

نمونه برداری از آندومتر:

حکم این است که خونریزی پس از یانگی باید به عنوان شاخص بدخیمی ها مورد توجه قرار گیرد، تا مطمئن شویم بدخیمی وجود ندارد. بدست آوردن آندومتر جهت بررسی آسیب شناسی بافتی و داشتن مدارک بافتی، یک استاندارد جهانی است و بصورت معمول با کورتاژ انجام می شود.

کورتاژ:

برای بررسی بافت داخل رحم کورتاژ در اتاق عمل انجام می شود و یا سرپایی با کورت های ظریف بر حسب شرایط بیمار انجام می شود. از عوارض کورتاژ در رحم های اتروفی بدلیل سفتی دهانه رحم، فضای رحمی کوچک و دیواره های نازک رحم احتمال سوراخ شدن رحم وجود دارد. از این رو نمونه گیری غیر تهاجمی آندومتر بوسیله روش های غیر تهاجمی یک راه حل مطلوب را تشکیل می دهد. روش پایپل Pipelle (با کورت های ظریف پلاستیکی یک بار مصرف) ارجح است. این روش توسط تعداد بیشتری قابل تحمل است و بیشتر از روش قبل مورد پذیرش بیمار بوده و احتیاجی به بی حسی ندارد. حساسیتان جهت کشف سلولهای سرطان رحم قابل مقایسه با کورتاژ است.

هیستروسکوپی:

هیستروسکوپی یعنی دیدن داخل حفره رحم و اطلاعات با ارزشی بدست می دهد. دو نوع است داخل اتاق عمل و هیستروسکوپ قابل انعطاف که کار را راحت تر می کند و می تواند به طور سرپایی بدون نیاز بی حسی و ضد دردهای موضعی انجام شود. اغلب موارد مثل پولیپ ها - فیبروم زیرمخاطی کوچک و چسبندگی داخل رحم که توسط سونوگرافی شناسایی نشده قابل تشخیص است. اهمیت دیگر آن است که می توان موارد بیماری را هنگام پروسه برداشت. همچنین می توان موارد مشکوک بدخیمی را مشاهده و بیوپسی همزمان انجام شود. این بیوپسی هدفمند بسیار با ارزش است.

پیشگیری:

بطور سنتی خونریزی پس از یائسگی قابل پیشگیری نیست. اگرچه کاهش وزن در زنان چاق ممکن است مؤثر باشد، بعلت اینکه در بافت چربی اندروژن درونزا تبدیل به استروژن می‌شود و استروژن عامل ضخیم شدن آندومتر است.

ثانیاً مصرف تاموکسی فن که به عنوان درمان تکمیلی در سرطان پستان بکار می‌رود، آندومتر را تحریک کرده و اثرات مضر آن ممکن است روی آندومتر باعث پولیپ و سزطان شود. لذا در این زنان باید جهت تشخیص و درمان این ضایعات، سونوگرافی در مراحل اولیه حتی قبل از خونریزی پس از یائسگی انجام شود.

هورمون درمانی جایگزینی که شامل موارد گیاهی هم می‌شود ممکن است باعث خونریزی شود. جهت کاهش وقوع خونریزی زنان یائسه، ممکن است تغییر روش زندگی، وزن و کنترل‌های معمول مؤثر باشد.

درمان:

در هیچ مورد نباید بدون بررسی اولیه و تشخیص علت خونریزی، درمان شروع شود. اگر موارد آسیب مجرای ادرار، مثانه و رکتوم تشخیص داده شود باید درمان مناسب انجام شود. جهت التهاب ولو و واژن درمان اختصاصی شامل ضد تریکومونا، ضد قارچ و ضد باکتری است. آتروفی واژن با کرم استروژن واژینال درمان می‌شود. گاه تجویز همزمان استروژن خوراکی لازم است. پرولاپس های دستگاه تناسلی که دچار زخم نیز شده و تغییرات بدخیمی ندارد در صورت بی اختیاری ادرار به جراحی صحیح احتیاج دارد. پولیپ دهانه رحم با یک اقدام ساده قابل برداشتن است. فیبروم رحم و پولیپ و فیبروم زیر مخاطی همزمان با هیستروسکوپی تشخیصی درمان می‌شوند. فیبروم هابطور معمول در ۳۰-۴۰٪ زنان در سنین حوالی ۴۰ سال دیده می‌شوند ولی تا زمانی که رشد سریع ندارند و علامت دار نیستند، احتیاجی به جراحی ندارند و ممکن است در محیط بدون استروژن یائسگی کوچکتر شوند.

تومورهای مولد استروژن و اندروژن تخمدان، باید با جراحی خارج شوند. درمان مناسب حمایتی در مواردی مثل: دیابت، چاقی و فشار خون باید با هدف جلوگیری از مشکلات قلبی عروقی و پوکی استخوان انجام گیرد. وجه دیگر درمان که شامل اصرار به تغییر روش زندگی به خصوص با ورزشهای معمول، رژیم سالم و کاهش وزن است را نباید فراموش کرد.

دلایل خوش خیم خونریزی بعد از یائسگی:

-نازکی دیواره واژن و لایه داخلی رحم

- پولیپ رحم و دهانه رحم
- خونریزی ناشی از حضور استروژن قبلی
- بافت ترمیمی از محل عمل قبلی رحم

دلایل بدخیم خونریزی بعد از یائسگی:

سرطان رحم و دهانه رحم
تومورهای تخمدانی

ضروری است که آن را از خونریزی از مجرای ادرار و روده و مقعد جدا کنید چون ممکن است با خونریزی رحم اشتباه گرفته شود. برنامه‌های بررسی و اداره آن در مورد هر بیمار هم از نظر دارویی هم از نظر جراحی گذاشته می‌شود.

بدلیل آنکه بدخیمی‌ها در سنین پیری نسبت به سنین جوانی یا میانسالی رایج‌تر است، لذا باید همیشه در ذهن این را به خاطر داشت و در ارزیابی معاینه باید تستهای غربالگری مثل پاپ اسمیر انجام شود. تقریباً ۱۰ درصد از موارد خونریزی بعد از یائسگی با سرطان رحم مرتبط است.

نتیجه‌گیری:

کاهش سطح استروژن دوره بعد از یائسگی، منجر به افزایش شیوع مشکلات مربوط به دستگاه ادراری تناسلی می‌شود. تعداد زیادی از زنان زندگی‌شان را با چنین مشکلاتی بدون مشورت با یک پزشک، بدلیل خجالت یا ترس بیجا ادامه می‌دهند که منجر به شیوع بیماری‌ها می‌شود. بنابر این تأکید و اهمیت یک بررسی کامل و منظم سلامتی، با معاینه زنان به منظور تعیین مشکلات در مراحل اولیه حس می‌شود که می‌تواند منجر به نتایج مناسب و مؤثر، با کمترین عوارض و پیش‌آگهی بهتر شود. از آنجایی که زنان یک سوم زندگی‌شان را در دوره پس از یائسگی با کمبود استروژن، سپری می‌کنند در صورتیکه این دوره به طور مناسبی اداره شود قطعاً به پیشرفت کیفیت زندگی کمک خواهد کرد.





فصل چہارم

یائسگی و استخوان،
پوکے استخوان

سررشته کلام: پوکی استخوان یکی از مناسب‌ترین واژه‌های فارسی برای ترجمه استئوپوروز است و خود گویای مشکل است ولی اصل ماجرا خیلی جدی ست. توصیه می‌شود این بخش را کامل و حتی بیش از یک بار مطالعه فرمایید.

ترکیب و ساختمان استخوان

اسکلت انسان شامل استخوان قشری و متراکم است و لایه خارجی آن فشرده می‌باشد. هشتاد در صد توده استخوانی اسکلت را استخوان متراکم تشکیل می‌دهد و به صورت بارز در تنه استخوان‌های دراز قرار دارد. بیست در صد وزن اسکلت به شکل استخوانهای اسفنجی یا متخلخل در مهره‌ها، استخوان‌های پهن و سر استخوانهاست. این نوع استخوان از نظر متابولیکی فعال‌تر بوده و بیشتر تحت تأثیر فاکتورهایی است که منجر به کاهش تراکم استخوان یا پوکی استخوان می‌شوند.

مواد معدنی مهم در استخوان شامل: نمک‌های کلسیم و فسفات‌ها هستند. تقریباً ۹۹ در صد کلسیم بدن در استخوان وجود دارد که به صورت عمده کریستالی می‌باشد. ماده‌ی ارگانیک استخوان با کلاژن ایجاد می‌شود. همچنین موادی هستند که کلسیم و کلاژن را به هم می‌چسباند.

بازسازی استخوان

سیستم اسکلتی انسان یک پروسه مداوم ساختن استخوان، باز جذب شدن (از دست دادن) و بازسازی مجدد را طی می‌کند. سلول‌هایی همه فعالیت‌های اسکلتی شامل رشد و تعمیر را میانجی‌گری می‌کند، اما عملکرد اصلی آن‌ها بازسازی اسکلتی می‌باشد. بازسازی استخوان یک مکانیسم جایگزین است. میلیون‌ها واحد بازسازی مختلف در سیستم اسکلتی وجود دارد، اما فقط حدود ۱۵-۲۰ در صد استخوان را اشغال می‌کند.

پوکی استخوان

رو به زوال رفتن بافت استخوان منجر به شکننده شدن استخوان و در نتیجه افزایش ریسک شکستگی استخوان می‌شود. بافت استخوانی زنان در دهه ۲۰ غنی می‌شود و تا دهه ۴۰ بدون تغییر باقی می‌ماند و در دهه ۵۰ زمانی است که با نارسایی تخمدان‌ها، از دست دادن بافت استخوان تسریع می‌شود. با کاهش عملکرد تخمدان‌ها و کمبود استروژن یک افزایش سرعت در

بازسازی استخوانی با فعالیت سریع واحدهای بازسازی به وجود می‌آید ولی جذب استخوانی (از دست دادن) با سرعت بیشتری از جایگزینی استخوانی انجام می‌شود.

حدود دوسوم کاهش استخوان در زنان مسن می‌تواند مربوط به منوپوز و یک سوم مربوط به پیر شدن باشد. کاهش استخوان مرتبط با کمبود استروژن و زیاد شدن سن نتیجه افزایش فعالیت جذب (از دست دادن) می‌باشد. پوکی استخوان به صورت معمول استخوان‌های اسفنجی را بیشتر از استخوان‌های دراز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در سن منوپوز کاهش استخوان ۵٪ در استخوان متخلخل یا اسفنجی و ۱/۵٪ در استخوان دراز در هر سال اتفاق می‌افتد (کاهش استخوان مربوط به سن ۱٪ در سال است)، این از دست دادن تسریع شده استخوان حدود ۲-۴ سال طول می‌کشد. تخمین زده می‌شود که زنان ۳۵٪ تراکم استخوان دراز و ۵۰٪ استخوان‌های متخلخل در مهره‌ها را در طول زندگی تا سنین پیری از دست می‌دهند.

استروژن و عملکرد استخوان: عملکرد اصلی استروژن در کاهش سرعت برداشت استخوانی و از دست دادن استخوان می‌باشد و استروژن از استخوان محافظت می‌کند.

پوکی استخوان بعد از منوپوز:

کاهش در محتوای معدنی استخوان، استخوان درد گفته می‌شود.

پوکی استخوان به کاهش تراکم استخوانی با از بین رفتن داربست گفته می‌شود.

اگر تراکم توده استخوان (BMD) چک شود میزان تراکم استخوان را نشان می‌دهد. چنانچه تراکم خیلی کم شود و میزان آن عدد منفی نشان دهد شدت پوکی استخوان را می‌توان ارزیابی کرد. رتبه T، میزان تراکم را نسبت به میانگین جمعیت جوان نشان می‌دهد. با عدد منفی ۱/۵ یعنی یک و نیم برابر بیشتر در معرض پوکی استخوان است و با استخوان درد همراه است. عدد منفی ۲/۵ و بیشتر پوکی استخوان محرز است و میزان تراکم، ۲/۵ برابر کاهش یافته است. درمان نیاز است والا با شکستگی مهره‌ها و دیگر استخوانها روبرو می‌شوند. ممکن است شکستگی مهره همراه کمر درد شدید باشد و بعد از سه چهار هفته کمر درد بهبود یافته ولی اثر شکستگی مهره و تکرار آن در صورت عدم درمان وجود دارد.

پوکی استخوان می‌تواند به آسانی شکستگی در اثر ضربه‌های خفیف را ایجاد کند. شایع‌ترین علل پوکی استخوان عبارتند از:

- به هم ریختگی تعادل استخوانی وابسته به سن.
- کاهش استروژن پس از منوپوز
- کمبود ویتامین D
- مصرف سیگار
- رژیم غذایی با پروتئین حیوانی زیاد

- کم تحرکی
- لاغری و سوء تغذیه
- بودن در معرض فلزات سنگین مانند کادمیوم
- مصرف نوشابه زیاد (اسید فسفریک دارد).
- وجود بعضی از بیماریها، مانند بیماریهای غدد و کلیه
- با مصرف بعضی داروها مثل کورتون، وارفارین و داروهای اعصاب و ضد تشنج، پوکی استخوان بیشتر می شود ولی نمی توان داروهای فوق را بدون دستور پزشک قطع کرد.
- از زمانی که دوره زندگی خانمها در دوره منوپوز به صورت معنی داری افزایش یافته است پوکی استخوان بعد از منوپوز، یک مشکل اساسی از نظر سلامتی است. ارتباط پوکی استخوان و کمبود استروژن بیش از ۶۰ سال قبل شناخته شده است.
- با کاهش استروژن، سرعت از دست دادن استخوان در زنان بعد از منوپوز بیشتر شده و نهایتاً باعث شکستگی استخوان در سنین پیری می شود. از این رو درمان با استروژن جایگزین یک مداخله ای مناسب و منطقی در خط اول برای جلوگیری و درمان پوکی استخوان می باشد. در زنان بعد از منوپوز درمان با استروژن جایگزین نه تنها کاهش استخوان را متوقف می کند، اما همچنین تراکم معدنی استخوان را نیز افزایش می دهد که این موارد با کاهش شکستگی همراه هستند. اثر استروژن بر روی سلولهای استخوان هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم برای بازسازی استخوان می باشد.
- در گذشته استروژن جایگزین یک درمان اولیه برای ممانعت از پوکی استخوان بعد از منوپوز در نظر گرفته می شد. استروژن بعلاوه در کنترل علائم منوپوز و ممانعت یا به تأخیر انداختن احتمالی بیماری قلبی - عروقی مفید می باشد.
- ولی بهر حال WHI در طرح زنان پیشگام سلامت ((women`s Health Initiative، مطالعاتی را در مورد مضرات مصرف استروژن - پروژسترون جایگزین انجام داد. آشکار شده است که درمان با استروژن و پروژسترون گرچه پوکی استخوان را کاهش می دهد اما ریسک بیماری قلبی و عروقی را در افراد مسن، کاهش نمی دهد و با افزایش ریسک کانسر پستان، سگته و لخته خونی وریدی همراه است.
- در این یافته ها مشخص شد که داروهایی غیر از استروژن پروژسترون، برای پیشگیری و درمان پوکی استخوان بعد از منوپوز توصیه شوند.

کلسیم - ویتامین D:

مصرف آن لازم است. دریافت روزانه هزار میلیگرم کلسیم برای خانمهای بعد از سن یانسگی ضروری است و ترکیبات کلسیم دار فراوانی وجود دارند که می توان از بین آنها انتخاب کرد. بیشتر قرص های کلسیم تقریباً به طور ثابتی حاوی ۲۰۰ - ۲۵۰ واحد بین المللی (IU) ویتامین D_۳

هستند و ویتامین D سبب بهبود و افزایش جذب کلسیم می‌شود. مصرف ویتامین D_۳ به صورت جداگانه روزانه ۸۰۰ واحد توصیه می‌شود. مصرف ویتامین D بیشتر از نیاز بدن مضر است.

درمان دارویی:

در زنان با پوکی استخوان با ریسک بالا برای بیماری، باید دارو توصیه شود که ممکن است شامل: بیس فسفونات ها bisphosphonate، (تعدیل کننده گیرنده‌های استروژن (SERM)، کلسی تونین و ویتامین D باشد. توجه خاصی باید به زنان با شکستگی لگن شود زیرا در ریسک بالاتری برای شکستگی برای با ر دوم هستند.

بیس فسفونات ها:

داروهایی مانند آندرونیت توسط متخصص مربوطه در موارد پوکی استخوان تجویز می‌شود. آندرونات یک مهار کننده بالقوه جذب و خوردگی استخوان می‌باشد. از دست رفتن استخوان را مهار می‌کنند. بیس فسفونات اصلی در کلینیک آندرونات و رزیدونات هستند. بیس فسفونات ها از طریق خوراکی داده می‌شوند و جذب کمی دارند. اثرات آن شامل اختلال شدید گوارشی مری و زخم معده می‌باشد. جذب آن به علت مصرف غذا و به خصوص شیر، کم می‌شود. بنابراین این دارو با معده خالی مصرف می‌شود.

نحوه تجویز: برای یک مورد واقعی پوکی استخوان یک قرص ده میلی گرمی روزانه (ویاهفته ای یک قرص هفتاد میلی گرمی) در هنگام صبح با شکم خالی و با یک لیوان پر از آب در حالت نشسته (برای جلوگیری از آسیب مری) استفاده شود. بیمار باید حداقل به مدت ۳۰ دقیقه بعد از خوردن قرص چیزی نخورد و نشسته یا ایستاده باشد، پس از آن صبحانه را میل کند. مکمل کلسیم و ویتامین D هم در طول دوره درمان باید مصرف شود. بعضی از آنها از طریق تزریقی استفاده می‌شود.

در هنگام مصرف آندورنات و رزیدرونات باید از مصرف داروهایی که زخم مری ایجاد می‌کنند، پرهیز کرد. به نظر می‌رسد آندورنات بهتر تحمل شود و برای ده سال مؤثر است. اثرات مفید آندورنات برای چندین سال از درمان ادامه دارد. اما کاهش تراکم استخوان که بعد از درمان متوقف شده بوده است، دوباره اتفاق می‌افتد. اگر چه سرعت این کاهش استخوان نسبت به موارد قطع هورمون جایگزین، بیشتر است.

تعدیل کننده انتخابی گیرنده‌های استروژن:

رالوکسی فن تعدیل کننده انتخابی گیرنده استروژن (SERM) است که برای پیشگیری و درمان پوکی استخوان مورد قبول واقع شده است. میزان تراکم استخوان را افزایش می‌دهد بدون آنکه

باعث تحریک آندومتر یا خونریزی رحمی شود. همچنین میزان بروز شکستگی مهره را کاهش می‌دهد. یکی از درمان‌های پوکی استخوان است. به هر حال تا حدی کمتر از استروژن و بیس فسفونات‌ها مؤثر می‌باشد.

کلسی تونین:

هدف استفاده: این دارو ممکن است به این خاطر در نظر گرفته شده باشد که سطح هورمون کلسی تونین بعد از یائسگی کاهش می‌یابد و منجر به پوکی استخوان می‌شود. جمعیت کمی درمان با کلسی تونین از راه بینی را جهت پوکی استخوان انتخاب می‌کنند. خط اول درمان نمی‌باشد اما برای بیمارانی که درد قابل توجه ناشی از یک شکستگی حاد پوکی استخوان دارند، توصیه شده است (به علت اثر تسکینی آن). اگر در طی ۴ هفته فروکش نکند درمان دیگری انجام می‌شود.

هورمون پاراتیروئید

یکی از درمان‌های پوکی استخوان در موارد پیشرفته است.

استروژن و پروژسترون درمانی:

اگر برای تسکین علائم منوپوز مصرف می‌شود، برای استخوان هم مفید است اما، در زنان بعد از منوپوز، خط اول درمان پوکی استخوان یا استئوپروز نمی‌باشد، زیرا باعث افزایش ریسک سرطان پستان و سگته مغزی است.

استروژن‌های گیاهی:

یک نوع استروژن هستند که جزئیات شبیه استروژن ضعیف دارند، بعضی مطالعات گزارش کرده‌اند که اثرات مفیدی در تراکم استخوان در زنان بعد از منوپوز دارند.

درمان‌های غیر دارویی:

برای درمان غیر دارویی پوکی استخوان یا استئوپروز سه عامل وجود دارد: ۱- رژیم ۲- ورزش ۳- ترک سیگار. به علاوه بیمارانی که از داروهای کاهش دهنده بافت استخوان مثل کورتون‌ها استفاده می‌کنند شانس پوکی استخوان بیشتر است.

ورزش:

زنان با پوکی استخوان یا جهت پیشگیری از آن باید حد اقل ۳۰ دقیقه ۳ بار در هفته ورزش کنند (به صورت محتاطانه). در میانسالی، ورزش‌های کششی، وزنه برداری و یوگا برای تقویت عضلات پشت، کمر و دیواره قفسه سینه مؤثر هستند. ورزش با بهبود در تراکم استخوان و کاهش ریسک شکنندگی مفصل ران در زنان مسن‌تر ارتباط دارد. هر رژیم ورزشی قابل تحمل برای وزن شامل پیاده روی قابل قبول است و ورزش بر روی میزان تراکم استخوان در زنان قبل از منوپوز و بعد از منوپوز تأثیر مفیدی می‌گذارد. ورزش‌های حفظ تعادل و جلوگیری از سقوط اهمیت زیادی دارند. کف حمام سطح عاجدار باشد و پوشیدن کفش‌هایی که تعادل را مختل نکند.





فصل پنجم

یائسگی و مشکلات ادارہ،
بے اختیار ادارہ،
شل شدن کف لگن

سررشته کلام: قابل درک است که حس بدی دارد بانویی که با کوچکترین افزایش فشار داخل شکم، دچار بی اختیاری ادراری می‌شود. خیلی وقت است که این مشکل را داشته است ولی مسائل مهمتر در زندگی فرصت بررسی و درمان را به او نمی‌داده است. شاید هم این مشکلات به دلیل افزایش سن و کمبود هورمون بیشتر شده است. راه چاره‌ای وجود دارد.

دستگاه ژنیتال و سیستم ادراری - تحتانی زنان دلیل داشتن خاستگاه اولیه جنینی مشترک، در ارتباط با یکدیگر هستند. گیرنده‌های استروژن، به وفور در واژن و رحم انسان یافت می‌شوند و از اولین ارگان‌های هدف هورمونی هستند. گیرنده‌ها هم چنین در بخش تحتانی مجرای ادراری و مثانه با غلظت زیاد یافت می‌شوند. از اینرو کاملاً طبیعی است که نازکی دستگاه ژنیتال بدلیل کمبود استروژن بر روی دستگاه ادراری تحتانی نیز اثر خواهد گذاشت و سبب عفونت و بی اختیاری می‌گردد.

عفونت ادراری:

در زنان شایع‌تر از مردان است که بدلیل کوتاهی طول مجرای ادرار و نزدیکی به معقد می‌باشد. در طی یائسگی در واژن تغییراتی ایجاد می‌شود و کاهش استروژن یا باقی ماندن ادرار در مثانه و تخلیه ناکامل ادراری همراه است. علائم تکرر ادرار و دفع اورژانسی ادرار می‌تواند بعلت عفونت ادراری باشد و زنان فعال از نظر جنسی را مستعد ابتلاء به عفونت ادراری می‌نماید. در نتیجه آن علائم فوریت درحس ادرار داشتن، تکرر ادرار، سوزش ادرار و حتی ادرار خونی و بی اختیاری ادرار در طی یائسگی ایجاد می‌شود. اگرچه عفونت قارچی دستگاه ادراری نادر است، اما عفونت قارچی در زنانی که دارای سوند فولی ثابت هستند، زنان با دیابت، استفاده طولانی مدت از آنتی بیوتیک، درمان با داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و کورتون، می‌تواند دیده شود. عفونت‌های سیستم ادراری می‌تواند هم سیستم ادراری طبیعی و هم سیستم ادراری مشکل دار مثل انرمالی‌ها را درگیر نماید.

عفونت ادراری راجعه به صورت عفونت ادراری درمان شده بیشتر از دو بار در طی شش ماه یا بیش از سه بار در یک سال توصیف می‌شود. حال آنکه عود عفونت سیستم ادراری زمانی است که ارگانسیم مسؤول عفونت، سه هفته بعد از درمان مجدداً از نمونه ادرار جدا شود.

تشخیص عفونت ادراری می‌تواند بوسیله آزمایشات زیر پیگیری شود:

- نمونه و کشت ادرار (آنالیز روتین ادرار)

- مطالعات تصویری و سونوگرافی

– سیستم اسکوپبی: این تست در زنانی که عفونت‌های راجعه دارند انجام می‌شود.

مدیریت و درمان:

درمان ضد باکتریایی باید بعد از آماده شدن کشت تعیین شود. تکرار کشت ادرار بعد از کامل شدن دوره درمان آنتی بیوتیکی به منظور بررسی عفونت انجام می‌شود. آرامش دهنده‌های عضله صاف کمک کننده هستند.

قلیایی کننده ادراری هم چنین منجر به ایجاد تسکین چشمگیری می‌شوند. رعایت بهداشت ناحیه تناسلی و دور مقعد در نتیجه موفقیت آمیز درمان و ممانعت از عفونت راجعه، مهم است. افزایش مصرف مایعات، تداوم در ادرار کردن و اجتناب از پوشیدن لباس‌های تنگ توصیه می‌شود. استفاده موضعی کرم استروژن در واژن در زنان پس از یائسگی از تجمع باکتری جلوگیری می‌کند.

بی اختیاری ادرار:

مشکل بی اختیاری ادرار از سنین قبل از یائسگی شروع می‌شود و در فاز پس از یائسگی زندگی، تشدید می‌شود. میزان فوریت در ادرار کردن – تکرار ادرار – شب ادراری – عفونت راجعه دستگاه ادراری و تشدید بی اختیاری بعد از یائسگی بدلیل کاهش استروژن افزایش می‌یابد. مثانه ناپایدار: علت اصلی ناپایداری در مثانه؛ انقباض خودبخود عضله مثانه است، زمانی که بیمار سعی می‌کند از خروج ادرار جلوگیری کند. علت آن می‌تواند هم عوامل عصبی، هم غیر عصبی باشد.

مشکلات مهمی از قبیل عفونت ادراری، افتادگی رحم و دیواره واژن، واژن آتروفیک، سنگ مثانه و تومور مسؤول ناپایداری عضله مثانه هستند. تاریخچه زایمانی، جراحی لگن در گذشته، دیابت در خانواده و ... باید در نظر گرفته شود و معاینات فیزیکی هم انجام شود. سونوگرافی در تشخیص هر نوع سنگ یا تومور و باقیمانده ادرار کمک کننده است. مشکل می‌تواند بصورت دارویی یا جراحی کنترل شود.

جدای از درمان دارویی، تعدیل رفتار، آموزش‌های مربوط به مثانه و ورزش‌های **Kegel** مفید هستند (انقباض عضلات لگن شبیه به آنچه در حین ادرار کردن، جریان ادرار را با انقباض عضلات قطع کنند). و زمانی که روش‌های غیر جراحی با درمان‌های دارویی همراه شوند نتایج بهتری حاصل خواهد شد.

بی اختیاری استرسی:

این ناراحت کننده ترین حالت است که زن را در حول و حوش یائسگی و پس از آن تحت تأثیر قرار می‌دهد. خروج مقدار کمی از ادرار بدون کنترل، به هنگام سرفه، عطسه و خنده، همزمان با

افزایش فشار داخل شکمی ناگهانی، توصیف می‌شود. بی‌اختیاری استرسی بدلیل افزایش فشار داخل مثانه‌ای نسبت به فشار داخل مجرای ادرار ایجاد می‌شود. دلیل واقعی بی‌اختیاری استرسی می‌تواند به دلیل نزول غیر طبیعی گردن مثانه باشد که منجر به عدم ارسال مساوی فشار داخل شکمی به پیشابراه ابتدایی می‌شود. از علل دیگر می‌تواند عفونت ادراری راجعه باشد که منجر به آسیب مجرای ادرار می‌شود. این اختلال معمولاً در زنان پیرتر رخ می‌دهد. ضعف بافت حمایتی قسمت‌های پایین پیشابراه هم در بی‌اختیاری استرسی دیده می‌شود. در ارزیابی بی‌اختیاری باید سابقه مشکلات کنونی، دیابت، سکنه و اختلالات عملکرد نخاع کمری و غیره را در نظر داشت که ممکن است منجر به بی‌اختیاری ادرار شوند. هر نوع سابقه‌ای از سرفه مزمن، یبوست، جراحی‌های زنان و سابقه مصرف دارو نیز باید در نظر گرفته شود.

بی‌اختیاری استرسی در واقع شایعترین مشکل ادراری منوپوزاست و ممکن است از ابتدای منوپوز ایجاد شود یا این که مشکلی از قبل وجود داشته و پس از منوپوز تشدید شود. ممکن است همراه افتادگی رحم (پرولاپس) باشد یا نباشد.

یک پرولاپس درجه بالا می‌تواند علائم بی‌اختیاری استرسی را بپوشاند و بعد از جراحی ترمیم پرولاپس، علائم بی‌اختیاری استرسی ظاهر شود. بنابراین قبل از جراحی پرولاپس باید علائم SI یا بی‌اختیاری استرسی از بیمار سؤال شود و نیز بعد از اصلاح پرولاپس در وضعیت معمول بی‌اختیاری استرسی باید بررسی شود.

اداره بی‌اختیاری استرسی:

برای اداره بی‌اختیاری استرسی لازم است که قبل از متوسل شدن به جراحی‌های اصلاحی، محافظه کارانه و غیر جراحی، درمان شوند. اداره محافظه کارانه بیشتر به زنانی اختصاص دارد که مشکل طبی و پزشکی دارند. اداره محافظه کارانه شامل عوامل ذکر شده ذیل می‌شود:

آموزش و مدیریت رفتاری:

یک قدم اولیه و ساده است که همکاری کامل بیمار را می‌طلبد و نتایج آن معمولاً پس از چندین هفته مشخص و ظاهر می‌شود. آموزش از طریق آگاهی دادن گروه‌های بهداشتی و به کمک بروشورها سودمند بوده است.

تغییرات رژیم غذایی:

در ابتدای راه، رژیم غذایی پر فیبر و دریافت مایعات کافی برای جلوگیری از یبوست یک راه ساده است. تمایل عموم بر محدودیت دریافت آب است که صحیح نیست و باید موضوع بخوبی و به نحو شایسته‌ای توضیح داده شود. کاهش نوشیدن مایعات دارای کافئین مهم است.

آموزش مثانه:

زنان آموزش می‌بینند در اولین هفته برای ادرار کردن زود به زود حتی در فقدان میل به ادرار کردن، در فواصل ۳۰-۶۰ دقیقه ادرار کنند، متعاقباً فاصله دفع، بتدریج ۳۰ دقیقه طولانی‌تر می‌شود تا اینکه فواصل دفع ادرار به ۳-۴ ساعت برسد.

ورزش عضلات کف لگن:

ورزش‌های Kegle مفید هستند (انقباض عضلات لگن شبیه به آنکه در حین ادرار کردن جریان ادرار را خودشان بطور آزادی با انقباض عضلات قطع کنند).
 دارو درمانی: در زنان یائسه که از بی‌اختیاری استرسی رنج می‌برند، استروژن نقش قابل توجهی را ایفا می‌کند.
 اعمال جراحی مختلف مطرح هستند ولی احتمال عود وجود دارد.

شل شدن کف لگن در یائسگی

منوپوز یک تغییر همه جانبه در زندگی یک زن است و تغییرات هورمونی، تمام سیستم‌های بدن و بیشتر ارگان‌های مربوط به ژنیتال و بافت نگهدارنده آن راتحت تأثیر قرار می‌دهد. این تغییرات در کف لگن بخصوص شل شدن عضلات و عوارض آن بحث می‌شود.
 کف لگن یک بافت نگهدارنده خیلی مهم هنگام ایستادن است که بافت‌های همبند و عضلات کف لگن را تشکیل می‌دهند. فضای خالی ته لگن را پر می‌کنند و ارگان‌هایی مثل مجرای ادرار، مثانه، واژن، رحم و رکتوم را در جای خود نگه می‌دارند. فقدان استروژن در سنین منوپوز منجر به کاهش خونرسانی به کف لگن و آتروفی آن می‌شود. در نتیجه یکسری تغییراتی ایجاد می‌شود تا منجر به پرولاپس احشایی شود که قبلاً توسط کف لگن محافظت می‌شد. در کسانی که بدنبال زایمان یا جراحی‌های قبلی به این بافت محافظ آسیب وارد شده تغییرات منوپوز شدیدتر خود را نشان می‌دهد و می‌تواند روی شیوه عملکرد ادراری و مدفوع و رابطه جنسی تأثیر گذار باشد.
 فقدان استروژن و آتروفی ثانویه و ضعف عضلات کف لگن منجر به کشیدگی و شل شدن آن می‌شود. در نتیجه باعث نزول یا پرولاپس ارگان‌هایی می‌شود که قبلاً توسط عضلات کف لگن محافظت می‌شده است.

عوارض شل شدن کف لگن

شل شدن کف لگن منجر به تغییر آناتومی و عملکرد تمامی ارگان‌های مجاور می‌شود. مشکلات اداری: بی‌اختیاری ادرار استرسی، عفونت ادراری و سایر مشکلات اورولوژیک نیز می‌تواند برای زنان بعد از سن یائسگی هراز چندگاهی آزار دهنده باشد. گاهی اوقات یک

پرولاپس بزرگ می‌تواند به طور حادی منجر به بسته شدن مجرای ادرار و انسداد ادراری شود. حتی پرولاپس مختصر نیز می‌تواند در شروع ادرار کردن مشکل ایجاد کند. بیمار با افتادگی دیواره واژن ممکن است احساس تخلیه ناکامل ادرار داشته باشد.

مشکلات مجرای ژنیتال

پرولاپس ژنیتال

پایین افتادگی رحم و دیواره‌های واژن:
اصلاح پرولاپس، به روش جراحی:

روش جراحی پایین افتادگی رحم درمان قطعی با نتایج بهتر و طولانی مدت است ولی باید بخاطر داشت که در بیمارانی که مشکل پرولاپس دارند، بافت‌هایی که باید ارگانهای پرولاپس را حمایت کنند واقعاً ضعیف هستند. در نتیجه در بعضی موارد منجر به شکست درمان بعد از جراحی می‌شوند. در صورتی که بافت طبیعی فرد ضعیف و آترونیک باشد ممکن است نیازمند حمایت اضافی با مواد مصنوعی شبیه بافت یا مش mesh باشد. اثرات درمان با استفاده از مش، طولانی‌تر می‌شود.

یک مشکل شایع در جراحی پرولاپس در زنان مسن، برداشتن بافت بیش از اندازه لازم در حین جراحی است که منجر به ایجاد یک واژن کم عمق و تنگ می‌شود. واژن کم عمق باعث بروز مشکل در هنگام نزدیکی می‌شود. یک واژن تنگ می‌تواند باعث جلوگیری از عود مجدد پرولاپس شود، ولی مشکلاتی در مقاربت ایجاد می‌کند.

اختلالات جنسی

با تغییر شیوه زندگی، فعالیت جنسی در زمان بعد از منوپوز، بیشتر شده است. ضعف عضلات کف لگن و پرولاپس ژنیتال موجب تغییر رفتارهای جنسی به صورت مختلف می‌شود. شکایت شایع احساس برآمدگی دیواره واژن یا عدم لذت بردن بعلت باز بودن دهانه واژن می‌باشد. بعلاوه یک پرولاپس بزرگ می‌تواند باعث احساس ناخوشایند بودن شده و همچنین می‌تواند بر روی ارضاء میل جنسی اثر بگذارد.

اصلاح جراحی پاسخی به مشکلات جنسی بعلت پرولاپس می‌باشد. حین اصلاح جراحی باید در نظر داشته باشیم اصلاح طوری صورت گیرد که واژن با عمق و پهنای نرمال ایجاد شود.

اختلال عملکرد مقعد و رکتال (انتهای روده بزرگ)

بعلت نزدیکی رکتوم و کانال آن به واژن، دیواره واژن می‌تواند روی عملکرد رکتال اثر داشته باشد.

تغییرات عملکرد مقعد و رکتال شامل:

یبوست، بی اختیاری گاز یا مدفوع وقتی ضعف اسفنکتر وجود دارد. ایجاد توده مدفوعی در انتهای روده بزرگ که می تواند منجر به ایجاد مدفوع سفت و متعاقباً شقاق شود. مشکلات رکتال در اثر اختلال در دیواره خلفی واژن ایجاد می شود که باید ترمیم شود. اغلب این نقص قابل تشخیص و درمان است.

پساری (حلقه واژن): پساری ها برای درمان کوتاه مدت پایین افتادگی رحم و دیواره های واژن مؤثرند. پساری بصورت منظم باید تمیز شود. در زنان خیلی مسن و آنهائی که نمی توان جراحی انجام داد استفاده می شود.

نتیجه گیری و نکات کلیدی:

شل شدن عضلات لگنی یک مشکل شایع در سنین یائسگی است. کمبود هورمون استروژن و آتروفی بافتی متعاقب آن شایعترین علت شل شدن کف لگن می باشد. تظاهرات آن به صورت اختلالات عملکرد ادراری تناسلی و رکتال می باشد. با وجود اینکه درمان های حمایتی مثل فیزیوتراپی و پساری می تواند منافع موقتی داشته باشد، ولی اصلاح جراحی و ترمیم نتایج طولانی تری در پی دارد. در موارد پرولاپس تناسلی ترمیم نقایص با مش یک روش پیشنهادی است.





فصل ششم

یائسگی و بیماریہا، خوش خیم و بد خیم

سررشته کلام: چه خوب که تاکنون فرصتی برای مریض شدن نداشته است. حالا هم که بعد از سالها دویدن، کار و سامان دادن به زندگی و خانواده می‌خواهد کمی احساس آسایش و استراحت داشته باشد، سروکله بیماری پیدا شده است. بیماری‌های معمولی قابل حل است ولی مشکلات جدی نیاز به تحمل واستقامت و نیز همراهی و مساعدت افراد خانواده دارد. زنان استقامت کردن مقابل مسائل را تا این سنین فراگرفته‌اند و بر این مشکلات هم می‌توانند فائق آیند. چاره کار، توجه به سلامتی، غربالگری و تشخیص زودرس و به موقع است تا آسانتر زمینه حل مشکل فراهم شود.

زنان در مرحله عبور از یائسگی، تحت تأثیر کمبود استروژن، تغییرات افزایش سن و نیز تغییرات گوناگون در خصوصیات بیماری هستند. این تغییرات تحت عنوان سندروم متابولیکی یائسگی شرح داده شده، که ضرورتاً شامل چاقی، مقاومت به انسولین (دیابت) و اختلال چربی است. مشخصه‌های این سندروم شامل: -افزایش کلسترول - کاهش چربی مفید -افزایش چربی مضر -افزایش وزن با اختلالات چربی آندروژنی و چاقی مرکزی -افزایش مقاومت به انسولین و افزایش خطر لخته خون هستند.

بنابراین با وجود سندروم متابولیکی یائسگی، زمینه مناسب در زنان برای پیشرفت بیماری‌های گوناگون قلبی عروقی، عصبی و متابولیکی وجود دارد. به عنوان مثال دیابت، فشار خون، کم کاری تیروئید، مشکلات مرتبط با کاهش سطح استروژن در بدن است و با هورمون درمانی جایگزین علائم برمی‌گردد.

وقایع قلبی عروقی:

بیماری‌های قلبی و عروقی در نهایت علت مرگ و میر و عوارض در ۵۴٪ زنان هستند. میزان مرگ و میر وابسته به بیماری قلبی و عروقی در زنان و مردان به دلیل افزایش سن است. در زنان با بیماری قلبی و عروقی هورمون درمانی جایگزین (HRT) در پیشگیری از بیماری قلبی سودی ندارد. زنان با خطر بیماری عروق قلبی احتمالاً HRT یا هورمون درمانی جایگزین برایشان سودمند است. البته شروع مصرف HRT با هدف اولیه جلوگیری از بیماری قلبی در این زمان مناسب نیست.

تمام زنان تحت هورمون درمانی جایگزین (HRT) باید از نظر قلبی ارزیابی شوند.

اختلالات عصبی:

مطالعات انسانی و حیوانی نشان داده‌اند که استروژن‌ها عملکردهای حمایتی عصبی دارند و کاهش سطوح استروژن ممکن است سبب از دست دادن یا کاهش حافظه شود. همچنین مشخص شده است که زنان بیشتر در معرض خطر بیماری آلزایمر هستند. این موضوع ممکن است که توصیه کند هورمون درمانی جایگزین یا HRT یک اثر سودمند بر مشکلات عصبی دارد. در هر حال آزمایش‌های کنترل شده تصادفی و چند گانه جهت نشان دادن هر گونه پیشگیری اولیه یا ثانویه در بهبود عملکرد شناختی در زنان مبتلا به آلزایمر با شکست مواجه شده است، همچنین هیچ تاثیری در روند بیماری نداشته است. چندین مطالعه طولانی مدت اثر هورمون درمانی جایگزین یا HRT را بر روند شناختی ناشی از افزایش سن و خطر جنون ارزیابی می‌کنند. مطالعه زنان پیشگام سلامت یا WHI نشان داد که HRT ممکن است در واقع خطر سکته مغزی را در زنان در معرض خطر افزایش دهد. این ممکن است وابسته به خطر لخته شدن‌های مربوط در سندروم متابولیکی یائسگی باشد. بنابراین HRT نباید برای پیشگیری ثانویه بیماری‌های مغزی و عروقی استفاده شود.

شلی و پس رفتگی قدرت عضلات:

کاهش غیر ارادی توده عضلانی همراه با افزایش سن است. علل:

- سن
 - تغییرات رژیم و متابولیسم پروتئین
 - آتروفی ناشی از عدم تحرک
 - سیستم ایمنی مربوط به استحکام عضلات.
- قدرت عضلات زنان تا ۴۰ سالگی به دست آمده و تا ۵۰ سالگی ادامه می‌یابد. این امر در مردان تا ۶۰ سالگی ادامه دارد.
- در زنان قدرت عضلانی در سه سال اول با سرعت زیادی کاهش می‌یابد. رژیم استروژن و پروژسترون سودمند است، اما هنوز هیچ اطلاعاتی از رالوکسیفن و استروژن گیاهی در دسترس نیست. در این زمان قطعاً ورزش پس رفتگی قدرت عضلات را کاهش می‌دهد. مطالعات بیشتر نیاز به ارزیابی HRT بر آن دارد.

چشم‌ها و استروژن:

جنبه‌های گوناگونی از ناتوانی‌های بینایی در سنین بالا شناخته شده است.

- تاری دید وابسته به افزایش سن
- کدر شدن قشری
- تحلیل عضلات چشمی وابسته به افزایش سن

- افزایش فشار داخل چشم
علت اصلی نواقص بالا کاهش استروژن می‌باشد. جایگزینی استروژن منجر به بهبود و کاهش شیوع شکایات می‌شود.

اختلالات عملکرد تیروئید:

تغییرات عملکرد هورمون تیروئید و هورمون های تخمدان منجر به تغییر کارکرد سایر غدد بدن می‌شود. پرکاری تیروئید منجر به کاهش استخوان‌ها به خصوص استخوانهای دراز می‌شود و بنابر این از آنجایی که در نتیجه افزایش عملکرد تیروئید کاهش توده استخوانی اتفاق می‌افتد، استفاده از HRT در زنان مبتلا به پرکاری تیروئیدی برای جلوگیری از کاهش استخوان سازی مفید است.

سندرم تخمدان پلی کیستیک یا PCOS و منوپوز

زنان با سندرم تخمدان پلی کیستیک علائم چاقی، موهای زاید، آکنه، پرمویی، تأخیر پریود، ناباروری را در سنین باروری تجربه می‌کنند. سندروم متابولیک در آنها شایع است. این بیماران با چهار مشکل اساسی روبرو هستند.

- فشار خون بالا

- عدم تحمل مواد قندی

- مقاومت انسولین - افزایش انسولین در خون

- بیماری‌های قلبی عروقی

بیماران با دیابت و چربی خون بالا، ریسک بالایی برای مرگ بر اثر موارد قلبی عروقی داشته‌اند.

تغییرات عروقی آسیب‌زا در سندرم تخمدان پلی کیستیک یا PCOS و منوپوز مشترک می‌باشد.

در مطالعه سلامت پرستاران که رابطه اندکس توده وزن (BMI) و مرگ و میر را بررسی می‌کند افزایش وزن بیش از ۱۰ کیلو گرم بعد از ۱۸ سالگی باعث افزایش خطر مرگ در زنان می‌شود. این مطالعه مرگ‌های قلبی عروقی در منوپوز را شامل نمی‌شود. مطالعه‌ای روی افراد تخمدان پلی کیستیک یا PCOS انجام شده با مقایسه این دو مطالعه در دو گروه بیماران تخمدان پلی کیستیک یا PCOS و یائسه، ضایعات عروقی مشترکی دیده شد.

در این سندروم، استروژن بیشتری تولید می‌شود ولی تغییرات سطح استروژن در سندرم تخمدان پلی کیستیک یا PCOS هیچ اثری روی فعل و انفعالات مغزی ندارد. در حالی که در منوپوز، استروژن درمانی باعث فعال شدن مغز در حین تست حافظه می‌شود.

استخوان در تخمدان پلی کیستیک یا PCOS و منوپوز

PCOS باعث افزایش آندروژن خون می‌شود. افزایش آندروژن روی تراکم مواد معدنی استخوان اثر می‌گذارد و مانع عوارض متعدد پوکی استخوان می‌شود. آندروژن بالا باعث کاهش از دست دادن مواد معدنی استخوان می‌شود و پوکی استخوان را به تأخیر می‌اندازد.

منوپوز به علت جراحی منجر به افت ناگهانی و شدید استروژن و آندروژن می‌شود و در نتیجه باعث افزایش از دست دادن استخوان می‌شود. در مطالعات اخیر نقش مهم تستوسترون در زنان و استروژن در مردان به اثبات رسیده است. دریافته‌های مختلف وجود ارتباط مستقیم بین سطح سرمی تستوسترون و استروژن با تراکم معدنی استخوان به اثبات رسید. می‌دانیم که در PCOS به علت بالا بودن هورمون مردانه تخمدان یا آندروژن خون، پوکی استخوان کمتر است.

آندروژن و ریسک شکستگی استخوان در منوپوز:

ارتباط مستقیمی بین سن و وقوع شکستگی در سر ران و کمر و در نواحی دورتر وجود دارد. بدنبال آن تراکم املاح استخوان کاهش می‌یابد و با از دست رفتن تولید استروژن و آندروژن ارتباط دارد. کمبود استروژن ثابت کرد که مسئول پوکی استخوان می‌باشد اما تولید آندروژن در ثابت نگه داشتن تراکم املاح استخوان نقش مساوی دارد و آندروژن نقش مهمی در جلوگیری از پوکی استخوان دارد. بنابراین PCOS که با افزایش آندروژن خون ارتباط دارد مانع پوکی استخوان می‌شود و افراد PCOS که دچار منوپوز می‌شوند در مقایسه کمتر در معرض خطر پوکی استخوان و شکستگی هستند.

تومورهای بدخیم در یائسگی

سن، یکی از بزرگ‌ترین ریسک فاکتورهای انتشار و گسترش سرطان است. در زنانی که بین ۲۰-۴۰ ساله هستند ریسک سرطان ۱/۵ برابر افزایش می‌یابد و در سنین ۶۵-۸۵ تا ۱۷ درصد افزایش می‌یابد. بیشتر از پنجاه درصد همه سرطان‌ها بعد از منوپوز اتفاق می‌افتد و شصت درصد همه سرطان‌هایی که منجر به مرگ می‌شوند بعد از ۶۵ سال است. محل‌های شایع سرطان در زنان یائسه شامل پستان، ریه‌ها، کولو رکتال، رحم و تخمدان است.

طبق بررسی‌های انجام شده و نتایج نهایی ۷۵ درصد سرطانهای مغز استخوان و شصت درصد سرطانهای خون و غدد لنفاوی در افراد شصت سال به بالا اتفاق می‌افتد. در گروهی از مردم به صورت فامیلی ریسک سرطان به طور معنی داری افزایش می‌یابد. این تعداد مستلزم برنامه ریزی و مراقبت‌های بهداشتی هستند تا با پیشگیری و تشخیص زودرس و درمان سرطان مداوا شوند.

پرواضح است که نخستین گام برای رسیدن به هدف، توجه بانوان و تشخیص زودرس به وسیله کارکنان بهداشتی است.

سرطان پستان

بیشترین شیوع سرطان پستان در دهه پنجم و ششیم بعدی در زنان ۶۵ سال است و شیوع آن با سن افزایش می‌یابد. تقریباً در دهه پنجم در یک نفر از هر هشت زن در طول عمر خود، سرطان پستان دیده می‌شود. سرطان پستان با توده بدون درد در معاینات روتین یا با ماموگرافی تشخیص داده می‌شود. سایر تغییرات شامل ترشحات و فرورفتگی نوک پستان، پوست پرتغالی یا لمس توده زیر بغل است.

شیوع سرطان پستان در زنان با افزایش سن افزایش می‌یابد، بزرگ‌ترین شانس، تشخیص زودرس و کشف علائم در پستان است.

پروژسترون و نیز استروژن‌ها عامل اصلی رشد هورمونی بافت پستان هستند. عدم تخمک‌گذاری مزمن ریسک بدخیمی‌های بعد از یائسگی را افزایش می‌دهد. اداره سرطان پستان بستگی به شدت بیماری در مراحل اولیه و پیشرفته دارد. بیش از دو دهه قبل درمان کانسراولیه پستان از عمل برداشتن پستان‌ها یا ماستکتومی به حفظ پستان تغییر یافته است. درمان سرطان پیشرفته پستان با ماستکتومی یا شیمی درمانی قبل از عمل است. امروزه جراحی محافظه کارانه پستان انجام می‌شود. درمان تکمیلی شیمی درمانی به خوبی شناخته شده است. شیمی درمانی ترکیبی ریسک عود و مرگ را کاهش می‌دهد. مصرف تکمیلی تاموکسیفن در بیماران با تومورهای گیرنده مثبت استروژن موثر است. برداشتن تخمدان‌ها موجب سرکوب سرطان پستان می‌شود. در بیماران در سنین قبل از یائسگی سرکوب تخمدان جهت درمان کانسر عود کننده پستان بکار می‌رود.

پنج سال مصرف تاموکسیفن موجب کاهش عود در زنان با گیرنده استروژن می‌باشد. صرف نظر از وضعیت منوپوز و سن، مثبت یا منفی بودن غدد لنفاوی. شواهدی به نفع مصرف آن در کسانی که گیرنده‌های استروژنی ضعیف دارند وجود ندارد. اثر استفاده از شیمی درمانی با دوز بالا متفاوت است.

گرچه مصرف تاموکسیفن بیشتر در زنان بعد از یائسگی مؤثر می‌باشد. در افراد کمتر از ۵۰ سال هم ۵۰٪ خطر کاهش می‌یابد. مصرف تاموکسیفن در بیمارانی که بمدت ۵ سال تاموکسیفن می‌گیرند موجب کاهش شیوع کانسر پستان در سمت مقابل می‌شود. کاهش خطر با سن ارتباطی ندارد. بطور خلاصه گرچه یائسگی با بدخیمی همراه است روش‌های درمانی مستقل از سن و وضعیت هورمونی است.

سرطان رحم (آندومتر)

شایع‌ترین سرطان ارگان باروری زنان است. معمولاً سرطان آندومتر زود تشخیص داده می‌شود. خونریزی‌های بعد از یائسگی باید به عنوان علامتی از سرطان آندومتر رحم در نظر گرفته شود. نمونه‌گیری از آندومتر برای تشخیص قابل اعتماد است و باعث می‌شود تا درمان سریعتر صورت گیرد.

نداشتن تخمک‌گذاری مزمین به صورت پر یوهای چندماه یکبار، ریسک سرطان آندومتر را تا ۵ برابر افزایش می‌دهد. منوپوز دیررس بعد از سن ۵۲ سال ممکن است ریسک سرطان آندومتر رحم را تا ۳ برابر افزایش دهد. دیابت، چاقی، سابقه نازایی، قاعدگی‌های نامنظم، سابقه سرطان پستان و استفاده از تاموکسیفن نیز نقش دارند. درمان شامل برداشتن رحم (هیسترکتومی) و تخمدانها است. برای کسانی که تحمل جراحی را ندارند، اشعه درمانی روش مورد قبولی برای سرطان آندومتر است.

ارزیابی‌های قبل از عمل شامل بررسی قلبی عروقی، کلیوی، ریوی و عملکرد کبدی، شرایط روحی و تغذیه می‌باشد. تومور باید به دقت ارزیابی شود.

شیمی‌درمانی و پروژسترون به عنوان درمان کمکی جهت جلوگیری از گسترش آن بررسی شده است. نشان داده شده افراد دارای تومور با گیرنده مثبت پروژسترون به پروژسترون پاسخ می‌دهند. در افراد دارای گرفتاری ریه جهت سرکوب کامل سرطان، پروژسترون به تنهایی کافی است.

سرطان تخمدان

شیوع سرطان تخمدان بعد از سال‌های باروری و یائسگی افزایش می‌یابد، تشخیص آن در مراحل اولیه مشکل می‌باشد و در بیشتر مبتلایان، در مرحله پیشرفته آن تشخیص داده می‌شود. این بیماران با تاریخچه‌ای از اتساع شکم و تنگی نفس مراجعه می‌کنند. امروزه با کاربرد سونوگرافی زودتر تشخیص داده می‌شود.

بانوانی که خود یا فامیل نزدیک آنان سرطان پستان داشته‌اند، سابقه نازایی و زمینه ارثی در افزایش سرطان تخمدان دخالت دارند.

مصرف قرص‌های جلوگیری از باروری، اثر پیشگیری از سرطان تخمدان را دارد. همچنین بستن لوله‌ها و یا برداشتن رحم، خطر سرطان تخمدان را کاهش می‌دهد.

جراحی موثرترین درمان در مراحل اولیه بیماری بوده و نقش مهمی در تشخیص و محدود کردن بیماری دارد. درمان تکمیلی وابسته به جراحی تجسسی می‌باشد و نقش مهمی در پیش‌آگهی بالینی دارد.

جراحی اولیه در کاهش حجم کانسر تخمدان مؤثر بوده و شامل خارج کردن رحم یا هیسترکتومی از راه شکم، خارج کردن تخمدانهای دوطرفه است و برجای نگذاشتن باقیمانده یا توده به اندازه یک سانتیمتر یا بیشتر می‌باشد. درمان تکمیلی با شیمی‌درمانی است. شیمی‌درمانی قبل از عمل

هم در سرطان پیشرفته تخمدان و بعد از تأیید تشخیص مؤثر می‌باشد. اگرچه بررسی قابل عمل بودن تومور به وسیله معاینه بالینی یا تکنیک‌های تصویر برداری مشکل است. در افراد با کانسری پیشرفته تخمدان شیمی درمانی اولیه قبل از انجام جراحی برداشتن حجم تومور انجام می‌شود. در افرادی که شیمی درمانی را قبل از جراحی اولیه دریافت کرده‌اند کیفیت زندگی بهبود می‌یابد بدون آن که به کاهش عوارض منجر شود.

بررسی مجدد با عمل به منظور تعیین پاسخ درمانی در افرادی که شیمی درمانی را بعد از جراحی اولیه دریافت کرده‌اند انجام می‌شد. گرچه شواهد کمی مبنی بر موثر بودن عمل مجدد در بقاء بیماران وجود دارد.

در تمام بیماران مبتلا به کانسر تخمدان به استثناء مرحله اولیه شیمی درمانی تکمیلی توصیه می‌گردد.

سرطان ولو

سرطان ولو، بیشتر در زنان بعد از منوپوز تشخیص داده می‌شود. شایع‌ترین سن بروز آن در دهه هفتم زندگی می‌باشد. خارش ولو، خونریزی، لکه‌های تغییر رنگ پوست، درد، زخم و سوزش شایع‌ترین علائم آن است. بنابراین توجه ویژه به تشخیص سرطان ولو در مراحل اولیه باید داده شود.





فصل ہفتم

ہورمون درمانی: آرک یا نہ
نظرات موافق و مخالف در مورد درمان
جایگزینی ہورمونے (HRT)^۱

^۱ Hormone Replacement Therapy (HRT)

سررشته کلام: شصت سال است که این هورمونها تولید می‌شوند. فواید آن مطرح و توصیه می‌شود. زنان می‌بینند که مشکلات یائسگی تا حد زیادی برطرف شده است و میلیون‌ها زن در دنیا آنرا استفاده می‌کنند. بعد از چندی، نتایج مطالعات مبنی بر عوارض هورمونها (عموماً تشکیل لخته و آمبولی) منتشر می‌گردد و مصرف آن در دنیا بطور چشمگیری کم می‌شود. مجدداً با مقدار کمتر دارو در قرص‌ها و بعضاً تغییر دارو و معرفی آن، مصرف آن فزونی می‌گیرد. آخرین بار مطالعه زنان پیشگام سلامت به دلیل افزایش خطر تشکیل لخته خون و آمبولی و نیز مقدار کمی افزایش در سرطان پستان، ادامه مطالعه متوقف شد. این دور تسلسل ادامه دارد. شاید منطقی‌تر باشد که مصرف هورمونها را کاملاً تأیید و یا رد نکنیم. آخرین مطالعات مصرف آنرا با کمترین مقدار، برای مدت کوتاه و فاصله کم از یائسگی، برای کسانی که به دلیل کمبود هورمونی در مضیقه باشند توصیه می‌نماید.

مقدمه

مفهوم درمان جایگزینی هورمونی (HRT) به طور عام به معنی جایگزین کردن کمبودهای هورمونی زنان است.

نحوه تأثیر HRT بر سلامتی زنان برای مدت‌های مدیدی به صورت یک معما باقی مانده بود. پاسخگویی به این سؤال همیشه مشکل بوده است و این به دلیل کمبود اطلاعات موثق در مورد استفاده از درمان جایگزینی هورمونی یا HRT و اثرات ناشی از آن مانند بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد. در طول چند سال گذشته، کاهش چشمگیری در زمینه تجویز HRT برای بیماران، در سراسر جهان مشاهده شده است. این امر را می‌توان بویژه به انتشار مطالب مختلف در زمینه خطرات و مزایای استفاده از درمان جایگزینی هورمونی یا HRT نسبت داد. دو مطلب منتشر یافته مهم - یکی با عنوان آزمایشات پیشگامان سلامت زنان (WHI)^۱ و مطالعه یک میلیون زن (MWS)^۲ قادر به نمایش جلوگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در صورت استفاده از HRT یا درمان جایگزینی هورمونی نبودند، بلکه در مقابل این مطالعات خطراتی رو به افزایش در مورد بیماری ترمبوآمبولی یا تشکیل و حرکت لخته خونی و سرطان پستان را در صورت استفاده از HRT تأیید می‌کنند.

^۱ Women's Health Initiative=WHI

^۲ Million Women's Study

برای زنانی که به دوره یائسگی می‌رسند، مشکل اصلی تصمیم‌گیری در مورد استفاده و یا عدم استفاده از HRT یا درمان جایگزینی هورمونی می‌باشد. مبنای شواهد بالینی HRT به سرعت در حال تغییر است.

نظرات موافق در مورد استفاده از HRT

بررسی اثربخشی آن برای تسکین علائم بیماری‌های مرتبط با علائم وازوموتور (اعصاب محرک رگها) مثل گرگرفتگی و تعریق، علائم خشکی واژن و علائم ادراری. هورمون درمانی جایگزین خوراکی (هم از نوع فقط استروژن و هم HRT ترکیبی) در درمان علائم گرگرفتگی و تعریق بسیار موثرتر از درمان دارویی است. با استفاده از HRT، کاهش چشمگیری در تعداد گرگرفتگی‌های هفتگی نسبت به استفاده از دارو، مشاهده شد. شدت علائم بیماری نیز به طور قابل ملاحظه‌ای در مقایسه با درمان دارویی کاهش یافت. زنانی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند و قبلاً درمان دارویی را تجربه کرده بودند، با استفاده از هورمون درمانی جایگزین کاهش در میزان گرگرفتگی داشته‌اند. تیبولون (tibolone) یک دارویی است که دارای فعالیت ترکیبی استروژنی، پروژسترونی آندروژنی است. چندین مطالعه تصادفی که به مقایسه تیبولون و HRT پرداخته‌اند یک کاهش مشابه در علائم وازوموتور را نشان داده‌اند. زنان میانسال ممکن است مقابله در دناک بدلیل ناکافی بودن نرمی واژن، و یا کاهش پذیرش و تمایل جنسی، داشته باشند. خشک بودن واژن، اولین علامت آتروفی ادراری-تناسلی است. استروژن موثرترین دارو در کاهش علائم بیماری‌های ادراری-تناسلی است، استروژن واژینال با مقدار پایین موثرترین دارو برای بهبود علائم است.

محافظت از استخوانها

در هورمون درمانی جایگزین یا HRT، زنان یک تغییر چشمگیر در تراکم توده استخوان (BMD[†]) را تجربه می‌کنند. در همه مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد ستون فقرات حساس‌ترین قسمت نسبت به استروژن باشد و بعد از آن انتهای ساعد است. مفصل ران کمترین حساسیت را دارد. جایگزینی هورمون استروژن در زنان بالای ۶۵ سال منجر به یک سوم کاهش شکستگی‌ها، غیر از استخوان‌های مهره می‌شود. خطر شکستگی‌های استخوان‌های مهره در مطالعه WHI با مصرف هورمون استروژن پروژسترون جایگزین در زنان، مشابه با خطر شکستگی مفصل ران نشان داده شده است.

† Bone Mineral Density

کاهش سرطان کولو رکتال (روده بزرگ و رکتوم)

مطالعات تصادفی و مشاهده‌ای نشان داده‌اند زنانی که از هورمون درمانی جایگزین (HRT) استفاده کرده‌اند نسبت به سرطان کولون و رکتال کمتر در معرض خطر می‌باشند. تأثیر تیبولون و استروژن به تنهایی در پیشرفت سرطان کولورکتال ناشناخته است.

یائسگی زودرس

اکثر مطالعات تصادفی و مشاهده‌ای روی زنان ۵۰ سال تمرکز داشته‌اند. داده‌هایی که زنان جوان‌تر را شامل شوند، کمتر موجود است. اطلاعات محدودی برای تجویز هورمون درمانی جایگزین یا HRT در مورد زنانی که یائسگی زودرس را تجربه کرده‌اند وجود دارد. زنانی که یائسگی زودرس را تجربه می‌کنند می‌توانند از HRT برای کاهش علائم بیماری‌های مرتبط با یائسگی زودرس و پیشگیری از پوکی استخوان تا قبل از سن طبیعی یائسگی (یعنی ۵۰ سال) استفاده کنند. بعد از این سن (۵۰) ادامه درمان بایستی مورد بازنگری و بررسی مجدد قرار گیرد.

موافقت با HRT با در نظر گرفتن مشکلات ناشی از آن

افزایش تشخیص خطر سرطان پستان

هم آزمایشات تصادفی و هم مشاهده‌ای افزایش تشخیص خطر بروز سرطان پستان را به علت استفاده از HRT ترکیبی استروژن-پروژستروژن تأیید کرده‌اند.

خطر سرطان پستان در استفاده کنندگان کنونی از HRT رو به افزایش است و این تأثیر به شکل چشمگیری پنج سال بعد از توقف HRT ناپدید می‌شود. خطر نسبی سرطان پستان با افزایش مدت زمان استفاده از HRT افزایش می‌یابد. پنج سال یا بیشتر HRT پیدایش سرطان پستان را افزایش می‌یابد.

مطالعاتی که بیش از یک میلیون زن را مورد مطالعه قرار داده‌اند، به طور قابل قبولی خطر سرطان پستان مرتبط با مدت استفاده از HRT حتی در دوره‌های کوتاه مدت را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

در مطالعات پیشاهنگام سلامت زنان مطرح شد که سرطان پستان تشخیص داده شده در زنانی که تحت درمان HRT ترکیبی استروژن-پروژسترون قرار داشتند، بیشتر در معرض سرطان پستان قرار داشتند.

افزایش خطر ترمبوآمبولی یا تشکیل و حرکت لخته خونی:

استفاده از هورمون درمانی جایگزین (HRT) خوراکی، خطر تشکیل و حرکت لخته خونی را به ویژه در اولین سال استفاده از آن افزایش می‌دهد. HRT خوراکی مانند قرص‌های پیشگیری از

حاملگی باعث تسریع و تشکیل لخته خون بویژه در میان زنان دارای (تمایل به انعقاد پذیری خون) می‌شود.

مزایای HRT که مورد بحث و اختلاف نظر است

عملکرد شناختی

بسیاری از مطالعات تصادفی آینده نگر تأثیر مثبت قابل ملاحظه‌ای از استروژن‌ها بر حافظه کلامی را گزارش کرده‌اند. مطالعه بر روی حیوانات نشان داده است که جایگزینی مداوم استروژن و یا انجام دوره‌ای اضافه نمودن استروژن می‌تواند باعث جلوگیری از ضعف شناختی ناشی از افزایش سن شود و کارایی شناختی را افزایش دهد. این درمان باید در یک محدوده زمانی بلافاصله از یائسگی انجام گیرد. اگر HRT در این محدوده زمانی آغاز نشود آنگاه یاخته‌های عصبی و یا عناصر شیمیایی سیستم‌های عصبی در برابر اثرات استروژن مقاوم باقی می‌مانند.

اسکیزوفرنی

هنگامی که زنان مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان استروژن خارجی قرار گیرند، افزایش کمی در سرعت بهبودی و نه بهبودی کلی در مقایسه با درمان ضد اسکیزوفرنی به تنهایی رخ می‌دهد.

افسردگی

درمان جایگزینی استروژن در کاهش علائم افسردگی خفیف بعد از یائسگی مؤثر است. میزان تغییر در استروژن داخلی در واضح بودن یا نبودن بروز علائم این افسردگی، اهمیت دارد. در حال حاضر، استروژن به عنوان اولین درمان برای هر نوع اختلالی توصیه نمی‌شود، اما ممکن است در درمان کمکی به کار گرفته شود.

کیفیت زندگی

HRT منجر به تأثیرات قابل توجه در سطوح انرژی و تندرستی کلی افراد نمی‌شود. فقط ممکن است تا یک سال بعد از استفاده از HRT فواید اندکی در تنظیم خواب و فعالیت‌های فیزیکی افراد داشته باشد. سه سال بعد از استفاده، دیگر تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی افراد ندارد.

مشکلات ناشی از هورمون درمانی جایگزین یا HRT که بر سر آنها توافق وجود

ندارد:

محافظت از قلب

تاکنون اثر محافظتی HRT یا هورمون درمانی جایگزین بر بیماریهای عروق قلبی وجود نداشته است. خطر ایجاد بیماریهای مربوط به انسداد شریانهای قلبی در صورت استفاده از HRT استروژن-پروژسترون ممکن است در سال اول شروع استفاده، بالا باشد. گفته می شود هورمونهای جایگزین، در سنین پنجاه و شصت، خطر حمله قلبی را افزایش نداده اند.

توافقی بر سر بررسی های قبل از HRT

- تاریخچه کلی
- ارزیابی نیازهای زن
- ارزیابی ریسک فاکتورهای شخصی زن
- معاینه فیزیکی
- وضعیت چربی ها
- پاپ اسمیر برای غربالگری مغتنم است.
- سونوگرافی واژینال لگن برای تعیین ضخامت آندومتر رحم
- ماموگرافی

ماموگرافی نقش مهمی در شکل دهی یک خط مبنا و کیفیت تصاویر مربوطه برای ارزیابی سرطان پستان در زنان یائسه و آنهایی که از هورمون درمانی جایگزین یا HRT استفاده می کنند دارد. تفسیر و تعبیر پستان های متراکم در ماموگرافی مشکل است. یک رابطه معکوس بین تراکم پستان و حساسیت ماموگرافی برای تشخیص سرطان پستان وجود دارد. تراکم پستان ها با افزایش سن کاهش می یابد. ولی استفاده از HRT تراکم پستان را افزایش می دهد.

توافقی در مورد پیگیری رژیم ها

زنانی که از HRT استفاده می کنند بایستی در ابتدا بعد از یک ماه و سپس بعد از سه ماه دیگر مورد معاینه قرار گیرند و بعد از آن هر ۶-۱۲ ماه چک آپ شوند. در هر بار ویزیت این بیماران باید آزمایشات مورد نیاز انجام شود تا کیفیت این روش بهبود یابد، مزایای آن بیشتر و خطرات آن به حداقل برسد.

عدم توافق در مورد مدت زمان استفاده از هورمون درمانی جایگزین HRT

امروزه، استفاده طولانی مدت از هورمون درمانی جایگزین یا HRT مورد توافق همه کارشناسان نیست. هورمون درمانی کوتاه مدت، با مخالفت کمتری همراه است و اساساً برای بهبود علائم حوالی یائسگی و زنان دارای یائسگی زودرس مورد استفاده قرار می گیرد. باید در مورد مزایا و خطرات HRT، به زنان مشاوره لازم داده شود تا آنان تصمیم درست را اتخاذ نمایند. زنانی که از

HRT برای تسکین علائم استفاده می‌کنند باید حداقل ۲ سال از آن استفاده نمایند تا ببینند آیا با توقف درمان علائم مجدداً ظاهر می‌شوند یا خیر.

تستوسترون (Testosterone)

زنانی که بدلیل در آوردن تخمدان‌های دو طرف، دچار یائسگی می‌شوند، به طور قابل ملاحظه‌ای سطوح پایینی از تستوسترون در خون آنها وجود دارد و بنابراین مطمئناً جایگزینی ترکیب استروژن و تستوسترون برای آنها مفید است. در زنان یائسه به این دلیل که میل جنسی کاهش می‌یابد و دچار خستگی مفرط می‌شوند و با کمبود انرژی مواجه می‌شوند، جایگزینی تستوسترون مفید است. جایگاه تستوسترون در زنانی که تخمدان‌های سالم دارند و دارای میل جنسی پایین هستند، باید مورد بررسی قرار گیرد. جایگزینی تستوسترون دارای اثرات جانبی بالینی و متابولیک است. اثرات بلند مدت جایگزینی تستوسترون ناشناخته است.





فصل هشتم

درمان‌هاک جایگزینے هورمونے
و غیر هورمونے در یائسگی

سررشته کلام: در مورد هورمون‌ها گفته شد اما برای پیشگیری و درمان پوکی استخوان داروهای مناسب مانند آلدرونیت و رالوکسیفن توضیح داده می‌شود. اگر پوکی استخوان همراه کاهش تمایل جنسی ست، تیبولون در حال حاضر بهترین گزینه است. مصرف منیزیوم، روی، سلنیوم موردی ست اما مصرف کلسیم ویتامین د در حال حاضر الزامی ست.

هورمون شناسی یائسگی:

سیکل‌های نامنظم نشانه شروع انتقال به دوره یائسگی است و بمدت ۲-۵ سال قبل از پایان پریود طول می‌کشد در نتیجه کم شدن تدریجی ذخیره تخمک سازی صورت می‌گیرد. ولی به دلیل نداشتن تخمک گذاری و تحریک فولیکول‌های باقیمانده تخمدانی میزان هورمون استروژن افزایش می‌یابد. مقادیر بالاتر هورمون استروژن حوالی منوپوز در میانه زندگی زنان همراه است با خونریزی سنگین و خونریزی سنگین باعث می‌شود که در حدود ۲۵ درصد زنان قبل از دوره یائسگی نگران شده و به پزشک مراجعه کنند و چون سیکل‌ها از شکل منظم به نوع نامنظم تغییر پیدا می‌کنند، اگر قبلاً اتفاقی نیفتاده، در این موقع رخ می‌دهد.

مقادیر هورمون بالا قبل از خونریزی ممکن است هم چنین باعث حساسیت پستان قبل از پریود را داشته باشد که در زنان با سیکل‌های منظم که ممکن است همراه با عرق‌های شبانه باشد، کاملاً معمول است. اغلب حوالی یائسگی فشارهای پیش از پریود، با افزایش اشتها و حساسیت نوک پستان همراه است. همچنین مقادیر بالای هورمون بطور تجربی نشان داده است که عکس‌العمل‌های هورمون استرس را نسبت به نگرانی‌های وضعیتی تشدید می‌نماید و شاید در نتیجه آن، فشارهای عصبی قبل از قاعدگی رو به فزونی گذارد و به نوبه آن تشدید گر گرفتگی، علائم عرق شبانه در اواخر دوره یائسگی، پیش بینی شود. ممکن است موجب احساس تپش قلب و احساس فشار در قفسه سینه باشد که بعضی از زنان قبل از یائسگی تجربه می‌کنند. بسیاری از نشانه‌ها مانند تمرکز ضعیف، حالت‌های تغییر رفتاری و اختلالات حافظه‌ای در رابطه با دینامیک هورمونی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

برای بسیاری از پزشکان زنان، سیکل‌های منظم، به معنی داشتن تخمک گذاری است و برعکس سیکل‌های نامنظم در واقع مترادف با عدم تولید تخمک گذاری است. ولی این واقعیت وجود دارد که عدم تخمک گذاری و سیکل‌های کوتاه عموماً در زنان دارای سیکل‌های منظم هم قبل از یائسگی اتفاق می‌افتد.

در نتیجه افزایش چشمگیر در امید به زندگی در طول دهه اخیر هم اکنون زنان ممکن است یک سوم زندگی‌شان را در دوران پس از یائسگی بگذرانند.

زنان امروز برای اینکه یک زندگی با کیفیت داشته باشند به زندگی فعال در طول یائسگی نیاز دارند، آن‌ها می‌خواهند بصورت نیروی کاری فعال و جذاب بمانند. مطالعات زیادی فواید کوتاه مدت و بلند مدت هورمون درمانی جایگزین یا HRT را نشان داده‌اند. به نظر می‌رسد تصمیم‌گیری برای استفاده از HRT وابسته به دیدگاه هر یک از زنان به یائسگی و پیامدهای پس از آنها است. فرهنگ اجتماعی، اخلاق و تحصیلات فاکتورهایی هستند که گرایش‌های زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در کنار اخبار پزشکی، زنان اطلاعاتی را از رسانه‌ها و دوستان خود دریافت می‌کنند که روی تصمیم آنها در استفاده از درمان تأثیر می‌گذارد. در نتیجه تعداد کمی با کمبود استروژن، هورمون جایگزینی دریافت می‌کنند و اکثر این زنان که درمان را شروع می‌کنند آن را ظرف ۶ ماه قطع می‌کنند. بیش از ۶۰ سال است که هورمون درمانی جایگزین در دسترس است. چندین مطالعه مشاهده‌ای فواید آن را نشان داده‌اند و این نتایج از زمانی تا زمان دیگرافت و خیز دارد. تنها یک دهه قبل HRT برای تمام زنان پس از یائسگی استفاده می‌شد. باور این بود چنین درمانی از بیماریهای قلبی عروقی و وقوع آلزایمر پیشگیری می‌کند. ساختارهای جدید با روش‌های گوناگون استفاده به بازار دارویی عرضه شده بود. سپس در سال ۲۰۰۲ گزارش WHI با عوارض هر دو استروژن و پروژسترون مطرح شد که در سراسر جهان بطور وسیع منتشر شد. زنان از HRT ترسیدند و دوباره بررسی و فکر پیرامون HRT را شروع شد. تقریباً ۶۵٪ از زنانی که روی هورمون بودند بعد از WHI، آن را متوقف کردند. دو سال بعد گزارشها نشان دادند که حدود یک چهارم زنانی که هورمون را متوقف کرده بودند به آن روی آوردند. چرا که همچنان به عنوان بهترین برطرف کننده علائم یائسگی پیشنهاد می‌شد و ما به یک دریافت نسبتاً متعادل بر می‌گردیم که هورمون‌ها هم مزایا و هم معایبی دارد. WHI بزرگ‌ترین مطالعه بوده است. محققین دریافتند که هیچ مدرکی پیرامون فایده کلی روی مشکلات قلبی وجود ندارد. مطالعه WHI همچنین دریافت که استفاده از استروژن به تنهایی خطر شکستگی سر ران و سایر شکستگی‌ها را کم می‌کند ولی تأثیری روی خطر کانسر پستان یا کولورکتال ندارد.

مطالعه WHI طراحی شده بود تا اثر طولانی مدت هورمون درمانی جایگزین را روی سلامت کلی زنان بعد از منوپوز و اثر روی بیماری‌های قلبی و شکستگی‌های ران و به ویژه سرطان پستان را بررسی کند. و برای اثرات کوتاه مدت روی علائم پس از یائسگی مثل گرگرفتگی طراحی نشده بود. پس از یک پی گیری، افزایش در ریسک سکنه مغزی بدست آمد در مقایسه با دارونما. لذا طرح ادامه پیدا نکرد. همچنین در گروه مصرف کنندگان استروژن در مقایسه با دارونما، شکستگی ران را کمتر نشان داد. قسمت دیگر WHI اثرات استفاده ترکیبی از استروژن و پروژسترون را در زنان یائسه دارای رحم بررسی می‌کرد (پروژسترون برای جلوگیری از ریسک سرطان رحم در مقابل استفاده از استروژن تنهایی ضروری است). نتایج برای مثال تفاوت‌های قابل توجهی در روی سرطان پستان در استفاده از استروژن به تنهایی و استروژن و پروژسترون با هم وجود دارد. در شاخه استروژن به تنهایی ریسک سرطان پستان ۲۰٪ کم شده بود در حالی که

در شاخه استروژن-پروژسترون ۲۰٪ افزایش ریسک داشت. اگر چه نتایج از لحاظ آماری معنی دارا نبود، این سؤال را مطرح کرد که آیا رابطه ای بین خطر سرطان پستان و هورمون درمانی وجود دارد؟ اگر وجود دارد اطلاعات هنوز کم است. ونیز هیچ اثری خوشبختانه در علل مرگ و میر هر دو گروه وجود نداشت و هر دو گروه اثری روی ریسک بیماری های قلب نشان ندادند. این اطلاعات بنابراین دریافت ها را پیرامون فواید استفاده از هورمون برای کمتر از ۵ سال برای درمان علائم یائسگی و سایر موارد کیفیت زندگی تقویت کرد. استفاده طولانی تر ریسک شکستگی ها در اثر پوکی استخوان را کم می کند، به بیماران انتخاب شده باید محدود باشد.

هورمون درمانی جایگزین مداوم یا دوره ای: استروژن و پروژسترون درمانی (استروژن روزانه با پروژسترون که در زمانهایی به آن اضافه می شود) و یک هفته قطع می شود و یا مداوم است. روش دوره ای در خانم های جوان تر بیشتر طرفدار دارد.

اثر خوراکیان ها بیشتر از اثر واژینال به تنهایی است.

توافقی که تا امروز به آنها رسیده ایم شامل:

هورمون درمانی برای رهایی از علائم گرگرفتگی و تعریق یائسگی مناسب هستند و خانم ها باید خطرات و فواید این داروها را با پزشک خود مطرح کنند.

درمان منوپوز متوسط تا شدید، آتروفی ولو و واژن با اضافه کردن پروژسترون اگر رحم باقی است توضیح داده می شود و کسی که رحم ندارد نیاز به اضافه کردن پروژسترون نیست. هیچ رژیم استروژن پروژسترون درمانی نباید برای پیشگیری بیماری های قلب استفاده شود. تاثیر استروژن درمانی روی سکنه مغزی هنوز واضح نیست و یک تأثیر قابل توجه در ریسک سکنه مغزی ندارد.

بطور واضح مشکلات و آتروفی ادراری تناسلی را بهبود می بخشد.

هورمون درمانی جایگزین را بعد از ۶۵ سالگی نمی توان جهت پیشگیری از زوال عقل استفاده کرد.

زنان باید حداقل مقدار مؤثر هورمون را برای زمان کوتاه دریافت کنند و به صورت سالیانه تصمیم برای ادامه استفاده از هورمون ها بازنگری شود.

توجه به این نکته ضروری است که اگر چه زنان باید از هورمون برای کوتاهترین زمان ممکن استفاده کنند ولی علائم وازوموتور ممکن است تا چند سال ادامه پیدا می کند تا برطرف شود.

از گزارشات چنین نتیجه گیری می شود که صحیح نیست هورمون در زنانی که بطور دائمی علامت دار هستند و ترجیح می دهند که آن را ادامه دهند یا کسانی که با داروهای آلترناتیو احساس بهبودی نمی کنند قطع شود.

**نتیجه: هورمون درمانی جایگزین کوتاه مدت باید در شرایط زیر استفاده شود:
لازم است:**

- علائم وازوموتور (گر گرفتگی و تعریق)
- علائم ادراری تناسلی
- پیشگیری از پوکی استخوان
- منوپوز زودرس

- علاقمند به مصرف است:

- درمان استئوپوروز یا پوکی استخوان
- شکستگی‌های سر ران، مهره، مچ دست
- از دست دادن دندانها
- آلزایمر
- آرتروز
- کانسر کولون
- پیری پوست
- تغییرات خلق و اختلالات خواب
- سایر مواردی که پرئود در سنین جوانی قطع شده است.
- هیستریکتومی + برداشتن تخمدان دو طرفه که استروژن تنها کافی است.

منع مصرف هورمون درمانی:

مطلق:

- فاز حاد سکته قلبی
- توده تشخیص داده نشده پستان
- خونریزی رحمی غیر طبیعی تشخیص داده نشده
- زمینه یا سابقه تشکیل و حرکت لخته خونی
- اختلال مادرزادی متابولیسم چربی
- زردی
- نارسای شدید قلبی عروقی
- دیابت شدید با تغییرات عروقی
- سرطان پستان

چه زمانی HRT باید شروع شود؟

قبل از یائسگی اگر علامت دار باشد ولی همزمان سازی با سیکل‌های موجود پرئود مشکل می‌باشد. بعد از یائسگی برای فواید پیشگیرانه جهت حفظ سلامتی فرد یا درمانی برای کنترل علائم.

انواع استروژن:

همه استروژن‌ها یکسان نیستند. دو نوع استروژن وجود دارد طبیعی و مصنوعی و انواع طبیعی باید از انواع ساختگی افتراق داده شوند.

به علت فشار بازار و صنایع داروسازی ممکن است این تصور بوجود آید که همه استروژن‌ها یکسان هستند در حالی که در قدرت، محل اثر و میزان ایجاد رضایت در خانم‌ها با هم متفاوتند. اگر چه راجع به این نوع استروژن‌ها گفته می‌شود که برای انسان طبیعی محسوب نمی‌شوند ولی به همان روش استروژن‌های دیگر عمل می‌کنند و عموماً به عنوان طبیعی طبقه بندی می‌شوند. هردو نوع استروژن، محافظت کننده قلب و استخوان‌ها هستند. بستگی به دلیل اولیه شروع درمان و ایجاد رضایتمندی در هر فرد دارد. نوع انتخاب برای نحوه تجویز و نوع استروژن که برای درمان علامتی کوتاه مدت جهت تغییر علائم حوالی منوپوز تجویز می‌شود ممکن است با هورمون درمانی جایگزین طولانی مدت که در واقع عملکرد پیشگیرانه دارد متفاوت باشد.

استروژن طبیعی به صورت خوراکی، با فرم چسب پوستی و به صورت واژینال در دسترس می‌باشد. پر کاربردترین استروژن طبیعی استروژن کونژوگه می‌باشد که در بازار دارویی به صورت پره مارین **premarin** جهت استفاده خوراکی و پره مارین جهت استفاده واژینال در دسترس می‌باشد.

انواع پروژسترون بسته به این که از کدام ساختارهای شیمیایی پروژسترونی مشتق شوند ممکن است تفاوت‌هایی در عملکرد و اثرات متفاوتی در بافت‌های مختلف بدن داشته باشند.

پروژسترون‌ها و اثرات آن‌ها

- احتباس مایع و آدم
- حساسیت پستان‌ها
- سردرد و دردها
- تغییرات خلقی (شبه آنهایی که در فشارهای قبل از پرئود وجود دارد).
- کمردرد
- خونریزی بعد از قطع
- گرفتگی‌های شکمی
- سرگیجه
- آکنه و پوست چرب

بررسی بیمار قبل از هورمون درمانی جایگزین HRT

- شرح حال کامل جهت بررسی موارد منع مصرف
- معاینه کلینیکی پستان

- ماموگرافی
- پروفایل چربی
- قند خون
- اندازہ گیری تودہ استخوانی

کدام روش هورمون درمانی جایگزین HRT.

- خوراکی
- PATCH (چسبها)
- ژل
- حلقه واژینال
- کرم واژینال
- آی یودی و غیره

کدام روش - چه موقع؟

- خوراکی
- فواید:
- استفاده آسان
- ارزانی
- کنترل راحت تر

مضرات:

- دوز بالا
- تنوع زیاد
- تغییر در عملکرد کبدی

کاربرد چسب پوستی

- فواید:
- مقدار کم
- اجتناب از متابولیسم کبدی و روده‌ای
- عوارض اندک
- مضرات:
- هزینه بالا

- واکنش‌های پوستی
- جذب متغیر
- در آب و هوای گرم مناسب نیست.

آندروژن‌ها (هورمون مردانه تخمدان) در یائسگی

کاهش سطح آندروژن بعد از دوره یائسگی بطور وسیعی مطالعه و دسته بندی شده است. در مقابل کاهش سطوح آندروژن بعد از منوپوز بطور تدریجی و نشانه‌های وابسته به آن کمتر مشخص بوده و تأثیر تجویز آن بحث بر انگیز است. در سال‌های اخیر نقش با لقوه‌ی آندروژن در خانم‌های بعد از سن یائسگی بیشتر شناخته شده است. استفاده از داروهایی که شامل تستوسترون و مشتقات آن هستند برای درمان کاهش میل جنسی بکار رفته‌اند.

علائمی که منتسب به کمبود آندروژن هستند عبارتند از:

- گرگرفتگی - درد پستان مربوط به استفاده از استروژن - پوکی استخوان - کاهش میل جنسی - علائم روحی روانی.
- اگر چه اثر آندروژن روی دستگاه عصبی مرکزی، تغییرات خلق، استخوان و سیستم قلبی عروقی هنوز در مرحله روشن شدن است ولی درعین حال مشخص شده که این تغییرات مربوط به کمبود استروژن هم می‌باشند. سطوح تستوسترون کاهش کوچک ولی معنی داری قبل از یائسگی یا در اولین دو سال بعد از یائسگی نشان می‌دهند. هورمون‌های (دهیدرواپی اندوسترون DHEA انحصاری از غده آدرنال ترشح می‌شوند و بعد از یک اوج در حوالی ۲۵ سالگی بطور مداوم تقریباً ۱۰٪ در سنین باروری تا ۸۵ سالگی کاهش می‌یابند. بیشترین سطح کاهش در (دهیدرو اپی اندوسترون) حدود ۵۰-۶۰ سالگی رخ می‌دهد. در دوران یائسگی سطوح استروژن بطور ناگهانی کاهش می‌یابد. ولی کاهش در تستوسترون و (دهیدرو اپی اندوسترون) تدریجی و آرام‌تر می‌باشد و حتی قبل از دوران یائسگی شروع می‌شود. سطوح آندروژن در زنان یک کاهش را در حدود سن ۳۰ سالگی نشان می‌دهد.
- از این رو این امر که بسیاری از زنان کاهش آندروژن را حتی در دوران قبل از یائسگی نیز تجربه می‌کنند غیر عادی نیست.
- البته عکس این قضیه هم صادق است. بعضی زنان ممکن است که برای چندین سال بعد از کاهش استروژن هیچ علامت و نشانه‌ای از این کمبود نشان ندهند.

اثر آندروژن بر روی میل جنسی:

میل جنسی در زنان بعد از یائسگی تحت تأثیر یک سیستم پیچیده از رفتارها است و تأثیر آندروژن جایگزین را نمی‌توان از احساسات و روابط اجتماعی و شرایط محیطی جدا کرد. در یک مطالعه طولی انجام شده در زنان قبل از یائسگی این ایده دنبال می‌شود که یک کاهش قابل توجه در رفتارهای جنسی و مقایستی از قبل از یائسگی تا بعد از آن مورد توجه قرار نگرفته است. مطالعات همچنین بیان می‌کنند که سطوح تستوسترون سرم با دفعات نزدیکی سازگارتر هستند. مطالعات گوناگونی که روی ترکیبات مختلف آندروژن به تنهایی آندروژن و استروژن و همچنین استروژن به تنهایی در زنانی که تخمدان‌ها بر داشته شده‌اند و یا آن دسته از زنانی که بطور طبیعی یائسگی شده‌اند انجام شدند اثر تستوسترون و مشتقات آن را روی میل جنسی مطرح می‌کنند. به هر حال تستوسترون افزایش میل جنسی را به ویژه در خانم‌هایی که تخمدان‌ها بر داشته شده‌اند نشان می‌دهد. البته نقش متفاوت آندروژن جایگزین احتیاج به ارزیابی بیشتری دارد.

اثر روی نشانه‌های وازو موتور (گرگرفتگی و تعریق):

اثر استروژن در تسکین نشانه‌های وازو موتور در زنان بعد از دوران یائسگی به خوبی مطالعه شده ولی نقش آندروژن جایگزین در کنترل علائم وازو موتور (گرگرفتگی و تعریق) هنوز در حال مطالعه است.

نکته قابل توجه این است که ترکیب استروژن با تستوسترون بهبود بیشتری از استروژن به تنهایی ایجاد می‌کند. آزمایش دیگری روی زنانی که تخمدان‌ها برداشته شده بودند با استروژن به همراه تستوسترون در مقایسه با استروژن به تنهایی علائم وازو موتور کاهش پیدا می‌کند. از این مطالعات و مطالعات گوناگون دیگر، می‌توان نتیجه گرفت اضافه کردن تستوسترون به درمان جایگزینی استروژن علائم وازو موتور را بیشتر بهبود می‌بخشد. اگرچه شاید مزایای دیگری هم در بعضی از زنان دیده شود.

اثر آندروژن‌ها روی رفتار و احساس بهتر زنان:

توجه زیادی روی تأثیر تجویز آندروژن روی خلق و خو و احساس بهتر داشتن از زندگی در ابتدای یائسگی وجود دارد. در یک مطالعه بر روی زنانی که بعد از برداشتن تخمدان‌ها هورمون جایگزین با تستوسترون دریافت کرده بودند در مقایسه با دارو نما، در گروهی که استروژن - آندروژن مصرف کرده بودند افزایش انرژی، حس بهتر بودن و اشتها ایجاد شده بیشتر از دارو نما بود. اثرات استروژن به تنهایی قابل مقایسه با دارو نما بوده است. در مطالعه دیگری با استروژن به تنهایی و استروژن با تستوسترون، در گروه ترکیبی، تسکین نشانه‌های روحی روانی شاخص بوده در حالی که استروژن به تنهایی بهبود دهنده علائم جسمی بوده است.

اثر د هیدرو اپی اندوسترون (DHEA) را روی تغییرات خلق و خو مطالعه کردند. در این مطالعه مردان و زنانی که بین ۴۰- ۷۰ سالگی بودند د هیدرو اپی اندوسترون به مدت سه ماه دریافت کردند. این مطالعه یک بهبود علائم فیزیکی و روحی روانی را نشان داد. مطالعات بعدی با جزئیات بیشتر، اطمینان به تجویز آندروژن همراه با هورمون درمانی جایگزین (HRT) را افزایش خواهد داد. مشابه این مطالعات برای نشان دادن اثر (د هیدرو اپی اندوسترون) روی حس بهتر بودن در مقایسه با ترکیب استروژن / تستوسترون لازم می باشد.

اثر آندروژنها روی تراکم استخوان:

اگرچه استروژن درمانی عوارض ناشی از کم شدن دانسیته استخوان را در خانم‌های منوپوز کاهش داده اما اثر آندروژن روی پوکی استخوان به اندازه کافی واضح و روشن نبوده است. در یک مطالعه تراکم استخوان مهره‌های کمری در مصرف ترکیب استروژن و تستوسترون افزایش بیشتری داشت.

یک نقش دیگر که برای آندروژن در درمان جایگزین برای خانمی با مشکل پوکی استخوان نشان داده شد افزایش تشکیل استخوان توسط آندروژن بود که این مطالعات این قضیه را روشن کرد. ولی قبل از این که هر نتیجه قطعی به دست آید باید تحقیقات و کار بیشتری انجام شود.

اثرات آندروژن ها روی دستگاه قلبی عروقی:

آندروژن های شناخته شده از راه‌های زیادی بر روی متابولیسم چربی اثر می گذارند. آن‌ها سطوح چربی مفید را کاهش می دهند و در همان زمان سطوح چربی مضر را افزایش می دهند. قبل از هر گونه نتیجه گیری نهایی باید تاثیرات آندروژن بر روی سیستم قلبی عروقی بررسی شود. بنظر می رسد مطالعات طولانی تری لازم است که اثر آندروژن جایگزین در دراز مدت را در مورد عوارض قلبی عروقی مشخص کنند.

تاثیرات و عوارض جایگزین های آندروژن:

با وجود این که ترکیبات مختلف آندروژن و استروژن هر کدام بطور یک به یک یا ترکیبی وجود دارند، استفاده از آنها به احتیاط زیادی احتیاج دارد و باید یک بازبینی و کنترل دقیق انجام شود.

درمان با آندروژن عوارض جانبی نیز دارد که این عوارض شامل:

پرمویی - آکنه - صدای خشن و کلفت - اضافه وزن - ریزش موهای سر - کم شدن سطوح چربی مفید - بالا رفتن آنزیم های کبد - تند خویی - و بندرت سرطان سلول های کبدی، برقراری تعادل برای کمک کردن به میل جنسی زنان بدون ایجاد عوارض جانبی مشکل است. یک گزارش در مورد اثرات نامطلوب ناشی از استفاده از (دی هیدرو اپی اندوسترون) وجود

دارد و آن هم عملکرد غیر معمول کبد می باشد که این امر یک هفته بعد از استفاده از دارو اتفاق می افتد.

آندروژن درمانی هم اکنون در خانم‌ها در حال ارزیابی می‌باشد. این نشانه‌ها در خانم‌هایی که دارای نارسایی زودرس تخمدان‌ها، علائم کمبود آندروژن در قبل از یائسگی، بعد از یائسگی و کاهش تراکم استخوان ناشی از مصرف کورتون و نیز آن‌هایی که دچار سندرم نقص ایمنی هستند و همچنین در کنترل سندرم فشارهای عصبی قبل از پیروید در حال بررسی می‌باشند.

روش مصرف:

اگر رحم برداشته شده است و منع مصرف هورمون وجود ندارد کمترین مقدار استروژن مداوم مصرف می‌شود. اگر رحم برداشته نشده است و منع مصرف هورمون وجود ندارد به صورت مداوم استروژن و پروژسترون مصرف می‌شود. خانم‌هایی که تازه یائسه شده‌اند ممکن است ترجیح دهند بطور دوره‌ای استروژن مصرف و ۱۲ روز آخر دوره را پروژسترون اضافه کرده و ۶-۷ روز بدون هورمون باشند تا پیروید شوند. با منع مصرف هورمون استروژن و پروژسترون، تیبولون، رالوکسیفن و داروهای دیگر بر حسب مورد تجویز می‌شود.

نتیجه گیری:

با افزایش تعداد زنانی که درمان علائم یائسگی را انتخاب می‌کنند، بازار رقابتی بزرگی برای استفاده بیشتر از داروهای غذایی یا مکمل‌های غذایی با دی‌هیدرواپی‌اندوسترون (بدون نسخه) وجود دارد. مطالعات اولیه یک اثر مثبت آندروژن را روی تراکم استخوان نشان می‌دهد ولی سود مند بودن استفاده از (دی‌هیدرواپی‌اندوسترون) بطور مداوم نشان داده نشده است. شواهد جاری استفاده روتین از آندروژن را در خانم‌های یائسه پیشنهاد نمی‌کنند. انتخاب بیمار باید با احتیاط باشد و ارزیابی دیگر شرایط پزشکی و روحی روانی باید قبل از تجویز آندروژن انجام شود.

HRT* هورمون درمانی‌های جدیدتر:

تیبولون

این داروی صناعی شبیه پروژسترون فعالیت استروژنی و نیز فعالیت خفیف آندروژنی دارد. این دارو علائم حوالی منوپوز، خشکی واژن، گرگرفتگی و پوکی استخوان را بهبود می‌بخشد. بزرگ‌ترین مزیت این است که منجر به خونریزی نمی‌شود. با آزمایشات بیشتر بر روی عملکرد آن متوجه شدند که تیبولون در بافت‌ها به طور انتخابی روی تنظیم عمل استروژن اثر می‌کند.

تیبولون بافت پستان را تحریک نمی‌کند.

تیبولون آندومتر را تحریک نمی‌کند.

بنابراین مولکول تیبولون اصولاً در بافت‌های مختلف تأثیر می‌گذارد به واسطه تبدیل شدن به شکل‌های فعال مختلفی در آن بافت تعیین کننده است.

در اروپا برای تقریباً دو دهه تیبولون در ابتدا برای جلوگیری از پوکی استخوان در خانم‌های یائسه و برای درمان علائم یائسگی مورد استفاده قرار گرفت.

تیبولون برای تخفیف علائم حوالی یائسگی

علائم مرتبط با یائسگی به کیفیت زندگی در بیشتر بانوان آسیب می‌رساند. صرف نظر از گر گرفتگی و تعریق، خانم‌های یائسه بیخوابی، سردرد یا خستگی را تجربه می‌کنند. تغییراتی در خلق و همچنین تمایلات جنسی رخ می‌دهد که ممکن است بطور مستقیم یا غیر مستقیم مانند تأثیر گر گرفتگی بر روی خواب، ناشی از یائسگی باشد.

در مقایسه با دارونماها، بیشترکار آزمایی‌ها کاهش قابل توجهی از گر گرفتگی و تعریق را در خانم‌های مصرف کننده تیبولون گزارش کردند. وقتی اثرات هورمون درمانی جایگزین را مقایسه کردند، کاهش مشابهی در گر گرفتگی با تیبولون دیده شد. همچنین اثرات سودبخش تیبولون بر روی خستگی جسمی، سردردهای مکرر، عدم تعادل روانی و بی خوابی در بیشتر این آزمون‌ها ارزیابی گردید.

تیبولون به بهبود خلق در خانم‌های منوپوز کمک می‌کند. نشان داده شده است که تیبولون اثر آندروژنی دارد. ثابت شده که تستوسترون تمایل جنسی و تکرار فعالیت جنسی را افزایش می‌دهد. بنابراین دلیل موجهی است که ممکن است تیبولون به دلیل افزایش سطح تستوسترون آزاد در گردش خون، فعالیت جنسی را بهبود ببخشد.

درمان با تیبولون بطور قابل توجهی جریان خون واژن و رطوبت و روانی واژن را بهبود می‌بخشد که از جنبه‌های عمل جنسی در خانم‌ها بعد از یائسگی است. همینطور موارد ذهنی همچون میل جنسی و تحریک پذیری با مصرف تیبولون بیشتر می‌شود. تیبولون میل و علاقه جنسی را در خانم‌ها بعد از یائسگی، در مقایسه با اثرات دارو نماها افزایش داده است.

تیبولون و اثرات آن روی آندومتر و خونریزی واژینال:

به عبارت دیگر اثر پروژسترونی ذاتی دارد. بنابراین بافت آندومتر را تحریک نمی‌کند. بلکه بتدریج آتروفیه و خشک می‌گردد. در نتیجه برای درمان با تیبولون نیازی به پروژسترون اضافه برای محافظت از آندومتر نیست.

تیبولون و خونریزی واژینال

خانم‌هایی که در ابتدای بعد از منوپوز تیبولون گرفته‌اند در مقایسه با خانم‌هایی که دارونما گرفته‌اند، بیشتر خونریزی واژینال را تحمل می‌کنند. خانم‌هایی که در طول دریافت تیبولون خونریزی کردند به تازگی منوپوز شده‌اند و بنابراین احتمال دارد تولید استروژن داخلی بالاتر از خانم‌هایی داشته‌اند که خونریزی نکردند. به همین دلیل تیبولون برای خانم‌هایی پیشنهاد داده می‌شود که حداقل یک سال است که منوپوز شده‌اند. هرچند خانم‌ها معمولاً قبل از آنکه وارد مرحله بعد از منوپوز شوند نیاز به درمان دارند، این درمان می‌تواند بعد از مشاوره تجویز گردد. بطور خلاصه، درمان با تیبولون بطور قابل توجهی باعث خونریزی واژینال بیشتر نسبت به دارونماها می‌گردد.

تیبولون و اثرات آن روی چربی‌ها

در خانم‌ها بعد از منوپوز، بطور نمونه یک افزایش در مجموع کلسترول و تری گلیسرید وجود دارد.

تیبولون و اثرات آن بر روی استئوپوروز

تحلیل رفتن استخوان در دوره بعد از منوپوز در نتیجه افزایش جذب ثانوی استخوان به دنبال منوپوز است. تیبولون مانع از دست رفتن استخوان بیشتر در مهره‌های کمری ستون فقرات می‌گردد.

تیبولون و بافت پستان

به نظر می‌رسد که Tibolone ممکن است خطر سرطان پستان را کاهش می‌دهد.

توافقات بین المللی برای درمان با تیبولون

مؤثر بودن: تیبولون دارای همان تأثیر روش متداول هورمون درمانی است که در اداره علائم یانسگی مورد استفاده است. شواهد از نظر پزشکی تأیید شده است.

تیبولون آتروفی واژن را درمان می‌کند و علائم ادراری تناسلی را تسکین می‌دهد. شواهد از نظر پزشکی تأیید شده است.

تیبولون اثر مثبت روی رضایت جنسی دارد و موثرتر از هورمون درمانی خوراکی است.

تیبولون روی خلق اثر مثبت اعمال می‌کند.

تجربه بالینی با تیبولون نشان داده که کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. سطح شواهد از نظر پزشکی تأیید می‌شود.

تیبولون دارای همان اثر هورمون درمانی در ممانعت از تحلیل رفتن استخوان می‌باشد.

تیبولون باعث حساسیت و درد کمتر پستان نسبت به هورمون درمانی می‌گردد. تیبولون تراکم ماموگرافی را افزایش نمی‌دهد. قبل از هر نتیجه‌گیری قطعی راجع به Tibolone و سرطان پستان باید منتظر آزمون‌های تحقیقی کنترل شده تصادفی در مورد میزان بروز سرطان پستان و تیبولون بود. سطح شواهد از نظر پزشکی قابل نتیجه‌گیری نیست. تیبولون آندومتر را تحریک نمی‌کند و پروژسترون اضافی مورد نیاز نیست. بررسی نتایج قلبی عروقی هنوز قابل استفاده نمی‌باشد. آخرین بررسی‌ها در مورد بیماری شریانی و بیماری لخته و آمبولی وریدی در خصوص خطر و فواید نتیجه‌گیری نشده هستند. مصرف طولانی مدت Tibolone برای پیشگیری شکستگی استخوان تحت بررسی است. Tibolone به خوبی تحمل می‌شود. Tibolone تأثیر بالینی خیلی مهمی روی وزن بدن ندارد.

رهنمودها

درمان با تیبولون ممکن است برای خانم‌های بعد از منوپوزی مفید باشد که دارای علائم یائسگی خفیف یا بدون علائم هستند اما دارای تمایل جنسی کم، اختلالات خلقی و درد استخوان می‌باشند. شروع تیبولون ممکن است برای خانم‌های بعد از منوپوز با علائم وازوموتور و در شرایط زیر ارزش داشته باشد.

- میل جنسی کم (اختلال عملکرد جنسی در جنس مؤنث)

- اختلالات خلقی

- درد خطر شکستگی استخوان

- درد و حساسیت پستان در زمان قبل از قاعدگی

- افزایش تراکم پستان‌ها

- فیبروم

- مشکلات ادراری تناسلی

تغییر درمان از هورمون درمانی به تیبولون ممکن است برای خانم‌ها با شرایط زیر مفید باشد:

- افزایش درد در پستان

- افزایش تراکم پستان طوری که ماموگرافی می‌گوید به دلیل تراکم یافته‌ها دقیق نیستند.

- میل جنسی کم

- اختلالات خلقی

- مشکلات خونریزی (در صورتیکه خونریزی به دلایل بیماری نباشد)

SERMS رالوکسی فن

SERM چیست؟

تعدیل کننده‌های انتخابی گیرنده استروژن و در واقع یک شبه هورمون است. اولین SERM، کلومیفن بوده که برای تحریک تخمک گذاری در نازایی استفاده می‌شود. البته در بیماران بعد از یائسگی استفاده‌ای ندارد. دومین SERM تاموکسیفن بوده که در بیماران با کانسر پستان استفاده می‌شود و اکنون به عنوان پیشگیری در بیماران با خطر بالای خویشاوندی در کانسر پستان شناخته شده است.

تلاش‌های افزونی جهت پیشگیری از بیماری‌های وابسته به سن در زنان در سنین بعد از یائسگی منجر به کشف انواع دیگر SERM و رالوکسیفن Raloxifene شده که جهت استفاده در یائسه طرح ریزی شده است.

آن‌ها گیرنده‌های مخصوص استروژن را در بدن انتخاب کرده و هم موجب تحریک و هم باعث سرکوب پاسخ شبه استروژنی می‌شوند. به بیان دیگر، SERM پاسخ شبه استروژنی را در بافت‌های مشخص بدن ایجاد می‌کند. در حالی که از پاسخهای شبه استروژنی در قسمت‌های دیگر بدن جلوگیری می‌کند.

سازندگان دارو در ساخت SERM می‌دانند که باید اثرات سود آور استروژن را حفظ نموده و اثرات زیانبارش را حذف نمایند. آن‌ها تا کنون بطور کامل موفق نبوده‌اند.

SERMS و هورمون درمانی

کشف درمانی جهت یک بیماری با فواید بیشمار و بدون هیچگونه عوارض زیانبارش از رویای پزشکان و بیماران می‌باشد. البته این یک رویای دست نیافتنی خواهد بود. درک اختلاف بین استفاده کنندگان از هورمون درمانی جهت رفع علائم (گر گرفتگی، ناراحتی‌های شبانه، خشکی واژن) با استفاده کنندگان از هورمون درمانی برای منافع طولانی مدت آن در حفظ سلامتی، ضروری بنظر می‌رسد. گرچه درمان علائم مسئله‌ای طولانی مدت نمی‌باشد ولی جهت حفظ سلامتی برای مدت طولانی سبب انتخاب SERM ها می‌باشد. رالوکسیفن و تاموکسیفن دو SERM اولیه هستند که هم اکنون به عنوان جایگزین‌هایی جهت هورمون درمانی در زنان یائسه و بعد از یائسه بیان می‌شوند.

رالوکسیفن

هم اکنون رالوکسیفن SERM قابل دسترس جهت پیشگیری و درمان پوکی استخوان می‌باشد. دارای اثرات شبه استروژنی روی استخوان بوده اما به عنوان ضد استروژن روی پستان و بافت آندومتر عمل می‌کند.

موارد مصرف اولیه _ برای پیشگیری و درمان پوکی استخوان در زنان در سنین بعد از یائسگی - پوکی استخوان و شکستگی های مرتبط به آن که بدلیل صرف هزینه، ناتوانی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر سبب نگرانی بسیاری در سلامت عمومی جامعه می شود.

• اثرات استخوانی: درمانی جهت پوکی استخوان وجود ندارد اما رالوکسیفن می تواند اثرات ذیل را ایجاد کند.

رالوکسیفن می تواند:

-پیشگیری از کاهش تراکم استخوان در سراسر بدن
-افزایش تراکم استخوان
-کاهش خطر شکستگی لگن و ستون مهره ها
رالوکسیفن با عمل رقابتی از پوکی استخوان جلوگیری می کند. همچنین رالوکسیفن از کاهش تراکم استخوان لگن، مهره ها و کل بدن پیشگیری می کند.

اثرات آن روی میزان شکستگی:

نتایج چندین ارزیابی رالوکسیفن در مقایسه با کلسیم ویتامین D و شبه دارو آشکار نمود که درمان رالوکسیفن باعث کاهش خطر شکستگی های مهره ای علامت دار و بدون علامت می شود. همچنین یافته ها افزایشی را در تراکم استخوان های لگن و مهره ها و کاهشی را در متابولیسم استخوان داشته و هیچ گونه اثری در خطر شکستگی های غیر مهره ای گزارش نشده است.

با رالوکسیفن کاهش شکستگی های مهره ای آشکار است اما کاهش واضحی در میزان شکستگی های غیر مهره ای وجود نداشته است. بسیاری از زنان در سنین بعد از یائسگی با شکستگی های پوکی استخوان تشخیص و درمان نمی شوند.

بعلاوه مشاوره با بیمار جهت دریافت کلسیم و ویتامین D کافی، یادآوری و تشویق فعالیت های ورزشی مناسب و بحث مراقبت و پیشگیری از ضربه و صدمه لازم است. با رالوکسیفن افزایش خطر سرطان پستان آشکار نگردیده است. جهت پیشگیری از سرطان پستان استفاده نمی گردد.

آزمایشات کوتاه مدت بیان کننده این بوده که رالوکسیفن لایه آندومتری رحم را تحریک نمی کند، گر چه واضح و آشکار نبوده که آیا رالوکسیفن حفاظت طولانی مدت در مقابل کانسر آندومتر فراهم می کند؟

گر چه رالوکسیفن با افزایش خطر سرطان آندومتر همراه نیست.

ترمبوز وریدی:

مثل استروژن، رالوکسیفن خطر ترمبوز (لخته) وریدی عمقی را افزایش می دهد.

علائم یائسگی:

رالوکسیفن خشکی واژن را تسکین نمی‌دهد. بر عکس استروژن، این SERM ها نمی‌توانند گرگرفتگی‌ها را تسکین دهند. در حقیقت گرگرفتگی از عوارض جانبی معمول SERM ها هستند. رگر گرفتگی‌ها معمولاً خفیف بوده و بنظر می‌رسد بعد از چند ماه از بین خواهد رفت. افزایش گرگرفتگی‌ها با رالوکسیفن بیشتر مشاهده می‌شود. اگر چه زنان بدون علامت که استروژن را برای تسکین علائم بعد از یائسگی مصرف می‌کنند و آرزوی ادامه درمان پیشگیری کننده را دارند، عاقلانه بوده که درمانشان به رالوکسیفن تغییر یابد. رالوکسیفن در زنان در سنین قبل از یائسگی نباید استفاده شود. نه تنها سبب افزایش گرگرفتگی مزاحمت‌زا خواهد شد بلکه احتمالاً به استخوان نیز کمک نخواهد کرد، زیرا در سنین قبل از یائسگی با استروژن قابل رقابت است.

اثرات حفاظت عصبی:

آیا آنها در شرایط تخریب عصبی مثل سکته مغزی و بیماری آلزایمر حفاظت عصبی بعمل می‌آورند؟ ممکن است حفاظت کننده عصبی باشد، تنها در دهه‌های اخیر توجه را بخود اختصاص داده و همچنین این زمینه کاری کاملاً نوپا بوده و گزارشات تشویق کننده می‌باشد.

کanser تخمدان:

در باره اثرات رالوکسیفن روی سرطان تخمدان اطلاعات کمتری وجود دارد. آزمایشات آزمایشگاهی اخیر بر روی موش‌های خانگی نشان داده‌اند که رالوکسیفن میزان رشد سلول‌های سرطان تخمدانی را تحریک می‌کند. گر چه آزمایشات بالینی در انسان در مورد رالوکسیفن دیرتر گزارش می‌کنند ولی تا کنون هیچکدام افزایشی در سرطان تخمدان گزارش نکرده‌اند.

اختلالات کف لگن:

رالوکسیفن شلی لگن را افزایش نمی‌دهد. تحقیقات نشان داده که جهت زنانی که رالوکسیفن دریافت می‌کنند جراحی‌های پرولاپس کمتری انجام شده است و به این نتیجه رسیده که رالوکسیفن خطر جراحی کف لگن را کاهش می‌دهد.

SERM و کنترل مثانه:

یافته‌های جدید در مورد مطالعه پیشگیری از پوکی استخوان، رالوکسیفن را با استروژن درمانی مقایسه نموده و نشان داده که رالوکسیفن با افزایش خطر بی اختیاری ادرار همراه نیست.

موارد منع مصرف:

* زنان قبل از یائسه

* زنانی که لخته خونی داشته‌اند.

در هر زمانی با یا بدون غذا استفاده می‌شود.

عوارض جانبی:

مثل هر دارویی، رالوکسیفن تعدادی عوارض جانبی احتمالی دارد. عوارض جانبی نادر که نیاز به توجه اورژانس دارد:

* دفع خلط خونی

* سر درد شدید یا میگرن

* از دست دادن یا تغییر در گفتگو، عملکرد هماهنگ ارگان‌ها یا بینایی

* درد یا از بین رفتن حس در بازو یا قفسه سینه یا ساق پا

* کوتاهی نفس

* شیوع کمی از گر گرفتگی‌ها که معمولاً از بین می‌روند و مزاحمت ایجاد نمی‌کنند.

افزایش اندک لخته خونی ورید عمقی و آمبولی ریوی احتمالاً خطر بیشتر در طی چند ماه اول درمان رخ می‌دهد. به علت خطر لخته خونی و آمبولی در افرادی که رالوکسیفن مصرف کرده‌اند سه روز قبل از جراحی و تا حرکت کامل بیمار باید قطع گردد.

خلاصه:

شواهد موجود بحث می‌کند که رالوکسیفن در زنانی که پوکی استخوان دارند و نمی‌خواهند استروژن مصرف کنند انتخاب خوبی برای سال‌های طولانی می‌باشد. در حال حاضر این درمان به تنهایی برای درمان سرطان پستان تأیید نشده است. همچنین این درمان در زنانی که در گذشته سرطان پستان داشته‌اند مورد مطالعه قرار نگرفته است. بعضی مطالعات بر روی موش‌ها نشان می‌دهند که مصرف تاموکسیفن در سال‌های زیاد موجب مقاومت سلول‌های سرطانی پستان به دیگر SERM ها نیز می‌شود. بنابراین رالوکسیفن باید در زنانی که پنج سال سابقه مصرف تاموکسیفن داشته‌اند با احتیاط مصرف شود.

تاموکسیفن

اثرات استخوانی:

در سطح وسیع مشاهده شده است که تاموکسیفن بر روی استخوان اثرات مفید دارد و فعالیت مثبت استروژن بر روی استخوان و پیشگیری از پوکی استخوان را اعمال می‌کند. به علاوه از تاموکسیفن جهت حفظ تراکم استخوان مهره کمر و سر ران در بیماران با سرطان پستان در سنین بعد از یائسگی نام برده می‌شود.

اثرات پستانی

در حال حاضر تاموکسیفن در بیماران با سرطان مهاجم به منظور درمان مکمل جراحی، رادیو تراپی و شیمی درمانی در مراحل اولیه بیماری استفاده می‌شود. طول مدت مناسب جهت درمان در حال بررسی می‌باشد. همچنین تاموکسیفن در پیشگیری از سرطان پستان در زنان پرخطر مؤثر می‌باشد. تاموکسیفن خطر لخته‌های خونی را افزایش می‌دهد.

علائم یائسگی:

علائم را درمان نمی‌کنند و ممکن است سبب گر گرفتگی هم بشوند. عوارض جانبی مثل خشکی واژن، خارش یا خونریزی‌های نامرتب، افسردگی، از دست دادن اشتها و سردرد را گزارش نمودند.

اثرات رحمی:

رشد غیرطبیعی آندومتر و افزایش اندک خطر سرطان آندومتر و پولیپ با تاموکسیفن همراه بوده است. فعالیت استروژنی تاموکسیفن می‌تواند در رحم منجر به سرطان آندومتر گردد. همچنین اثر تاموکسیفن در بروز خطر بیماری‌های چشمی نشان داده شده است و هر زنی که تاموکسیفن مصرف می‌کند باید کنترل شود.

- معاینه زنان را سالیانه انجام دهند.

- سرطان آندومتر، زنان باید جهت گزارش هر علامت واژینال غیرطبیعی آموزش ببینند (مثل ترشح خونی، لکه بینی، تغییر رنگ پوست، ترشح سفید و چسبنده واژن).

- استفاده از تاموکسیفن به مدت کمتر از پنج سال محدود شود زیرا منفعت در بیشتر از این زمان ثابت نگردیده است.

- سرطان تخمدان: اطلاعات در مورد اثر تاموکسیفن بر سرطان تخمدان محدود می‌باشد. نشان داده شده که تاموکسیفن کیست‌های تخمدانی را در زنان در سنین قبل از یائسگی تحریک کرده، گرچه مطالعات هیچ افزایش خطری را برای سرطان تخمدان در زنانی که درمان تاموکسیفن طولانی مدت شده‌اند، گزارش نکرده‌اند.

عوارض جانبی:

در کل، تاموکسیفن بخوبی توسط بیماران تحمل می‌گردد. به طور معمولی اثرات جانبی تاموکسیفن شامل گر گرفتگی، تهوع و خشکی واژن می‌باشد. تاموکسیفن آندومتر را به شکل افزایش خطر

پولیپ آندومتر و کانسر تحریک می‌کند. همچنین تاموکسیفن خطر حوادث مثل لخته خون ورید عمقی و آمبولی ریوی را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری:

این‌ها یک گروه داروئی هستند که در بعضی بافت‌ها شبیه استروژن عمل می‌کنند و در برخی دیگر از بافت‌ها اثرات استروژن را بلوک می‌کنند. داروهای رالوکسی فن و تاموکسی فن زنان را در مقابل پوکی استخوان (اوستئوپوروز) و بیماریهای قلبی عروقی حمایت می‌کنند ولی سبب پیشگیری سریع از علائم سندرم یائسگی نمی‌شوند.

رالوکسی فن ممکن است نهایتاً شرایطی را فراهم نماید که انتخابهای مطمئن و سالم‌تری از داروها داشته باشند و طول زندگی و کیفیت آن را برای زنان در سنین بعد از یائسگی تأمین نماید، اما خطر آمبولی با این داروها شبیه به اثر هورمون‌هاست.

اداره موضوع منوپوز مانند دیگر ابعاد مراقبت‌های بهداشتی کاری است در حال پیشرفت. دانش، موجب تغییر و پیشرفت است. متخصصین زنان و مامایی و بهداشتی باید نقش مهم و محوری خود در زندگی آنها را دریابند و با طرح نمودن حقایق، مضرات و فواید درمانی بیابند نه تنها عمر به زندگی ببخشند بلکه زندگی به سال‌های عمر ببخشند.

پیری را شفا نمی‌دهید، باید آن را محافظت و طولانی کرد.

در اکثر زنان در سنین بعد از یائسگی مراقبت و پی‌گیری بیشتری در مورد فواید و خطرات عدم استفاده از انواع درمانهای بعد از یائسگی انجام شده و این استانداردها به تدریج پیشرفت می‌کند. در نتیجه عقاید پیشین در مورد درمان‌های هورمونی سنتی مجدداً تجدید نظر شده و شواهد بسیاری درمان‌های دارویی جدیدتر را در برنامه درمانی بعد از یائسگی وارد می‌کند. درمان‌های توصیه شده جهت علائم بعد از یائسگی اغلب هورمونی بوده گرچه داروهای جدیدتری نیز عرضه شده‌اند. تعدیل‌کننده‌های انتخابی گیرنده استروژن به عنوان درمان جایگزینی هورمونی توجه بیشتری را به خود اختصاص داده است.

استراتژی‌های افزایش پذیرش درمان‌های دوره یائسگی:

مشاوره شخصی هم قبل و هم بعد از شروع درمان برای دستیابی به ادامه یافتن HRT ضروری است و هر فردی باید انتظارات واقع‌گرایانه نسبت به این درمان داشته باشد و عوارض جانبی، دوره زمانی لازم برای کنترل علائم و حداکثر فواید این نوع درمان را بداند.

جهت افزایش ظرفیت پذیرش، فاکتورهای زیر مطرح شده‌اند:

• اعتماد سازی با بیماران انجام شود، پزشک باید فشارهای هیجانی منوپوز را درک کند. اسم یائسگی برای عده‌ای از زنان ناراحت‌کننده است و کمبود استروژن لغت بهتری است. بیمار نیاز

دارد که واقعیت‌ها را به خوبی درک کند و نیاز به زمان دارند تا اطلاعات را هضم کنند. ترس از سرطان پستان خیلی از خانم‌ها را از تمایل به هورمون درمانی یا HRT دور نگه می‌دارد و ترس از خونریزی و سایر عوارض خانم‌ها را از استفاده طولانی مدت از HRT باز می‌دارد. بیماران می‌توانند بر مبنای اطلاعات تصمیم‌گیری کنند به جای اینکه بر روی شک و تردید حساب کنند. وقتی یک خانم تصمیم به استفاده از هورمون درمانی یا HRT می‌گیرد، این مسئولیت پزشک است که شرایط را برای بیمار توضیح دهد که منجر به بهبود شیوه زندگی بیمار شود. امید است شرایط برای راه اندازی کلینیک‌های مخصوص یانسگی برای افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد بانوان فراهم شوند.





فصل نہم

درمان ہاک سنتے یا غیر دارویے
براک یائسگی

سررشته کلام: چنانچه زنان تا شصت و پنج سالگی مقابل بیماریهای داخلی، سرطان و مشکلات جراحی دوام بیاورند، احتمالاً عمر طولانی خواهند داشت. این سنین را با ورزش، تغذیه مناسب و حداقل استرس سپری نمایید.

بدون شک یکی از موضوعات مهم که امروزه مورد توجه قرار گرفته اثرات مواجهه با عوارض درمان جایگزینی هورمونی (HRT) می باشد. به همین دلیل ما در اینجا موضوع را تحت دو سؤال مورد بحث قرار می دهیم:

(۱) چه کسی به درمان آلترناتیو نیاز دارد

- الف. زنانی که تمایل به درمان هورمونی ندارند.
- ب. زنانی که نمی توانند درمان هورمونی داشته باشند:
- به این معنی که درمان هورمونی در آنها ممنوعیت مصرف دارد.
- تمامی خانمها در سنین یائسگی به عنوان پیشگیری در برابر تغییرات سنی، اسکلتی، متابولیک و قلبی عروقی یائسگی، حتی اگر آنها بدون علامت هستند.
- متخصصین زنان که به دلایل قوی خودشان نسبت به تجویز استروژن برای بیماران یائسه اکراه دارند.

(۲) درمان آلترناتیو چه چیزهایی را شامل می شود

- درمان جایگزین برای علائم گوناگون یائسگی
- شامل: مواد مغذی، یوگا، ورزش، نگرش مثبت به زندگی، تغییر شیوه زندگی، سایر مکمل های دارویی

مواد مغذی:

استفاده از مکمل های تغذیه ای در درمان به خوبی کاربرد آنها در پیشگیری در طب آینده، جایگاه واضحی دارند و این ایده جدیدی نیست و در حال تحول است. در آینده نزدیک مکمل های تغذیه ای شامل میکرو مغذی ها به عنوان درمان انتخابی و ارجح به داروها استفاده خواهند شد. فواید مکمل های تغذیه ای و نیز تحقیق در این زمینه در حال تقویت هستند.

نقش استروژن‌های گیاهی در اداره منوپوز:

این استروژن‌ها محصولات گیاهی، با فعالیت استروژنی هستند که به وسیله فعال کردن گیرنده استروژن عمل می‌کند. این‌ها، استروژن‌های ضعیفی هستند و می‌توانند در اداره مشکلات منوپوز به صورت مفید به کار برده شوند.

بزرگ‌ترین منبع این استروژن‌ها، گیاه سویا می‌باشد. جوانه‌های سویا و دانه سویا منبع غنی استروژن است. بعد از انجام عملیات روی دانه‌های سویا و نیز تخمیر آن مؤثر است.

- یک لیست معمول استروژن‌های گیاهی رژیم غذایی شامل: همه حبوبات، تخم کتان، کنجد، تخم آفتاب گردان، زرد چوبه، زنجبیل، شنبلیله، رازیانه، چغندر، سیب زمینی و بقیه ریشه هاستند. در واژن نیز آثار استروژنیک دارند. می‌توانند سیکل قاعدگی را تحت تأثیر قرار دهند یا عامل خونریزی نا پیوسته باشند. باعث کاهش گر گرفتگی می‌شوند.

روده توانایی فراهم کردن شرایط مناسب برای جذب این استروژن‌ها را دارد.

بازبینی مطالعات روی آثار استروژن‌های گیاهی:

در اغلب مطالعات این استروژن‌ها به تسکین دادن گرگرفتگی کمک می‌کند هر چند که عقیده در مورد مفید بودن آن در کم کردن خشکی واژن قابل بحث می‌باشد.

نقش استروژن‌های گیاهی در پیشگیری از سرطان بسیار قابل بحث است. این واقعیت اثبات شده است که بروز سرطان‌های وابسته به استروژن مثل سرطان پستان و آندومتر در میان مردم مشرق زمین که مصرف کننده سویا هستند، پایین‌تر است.

استروژن‌های گیاهی با کاهش سرعت از دست رفتن بافت استخوانی، اثر مفیدی روی پوکی استخوان دارد.

در نتیجه به نظر می‌رسد مصرف همه دانه‌ها و سبزی‌های غنی از استروژن‌های گیاهی برای سلامتی عموم و سبک زندگی مورد تشویق باشد. این آثار وابسته به مقدار می‌باشد.

مطالعات جهانی نشان می‌دهد که رژیم غنی از سویا به بهبود پروفایل چربی کمک می‌کند.

متابولیسم چربی بعد از مصرف استروژن گیاهی:

کاهش کلسترول
افزایش چربی مفید
کاهش چربی مضر

کاهش تری گلیسیرید
محافظت کننده قلبی عروقی
محافظت در برابر فشار خون
اثر بر توده استخوانی و بازسازی مجدد آن.
افراط در مصرف آن، عوارض ازدیاد هورمونها را همراه دارد.

برای علائم مربوط به خلق و روحیه روزمره

ملاتونین، نصف تا یک قرص در هنگام رفتن به رختخواب، می تواند برای مدت طولانی ۳-۴ سال مصرف شود.

احتیاط: شرح حال و سابقه اختلالات کبدی، قلبی عروقی و عصبی.
مصرف منیزیم برای آرامش و کاهش فشارهای عصبی مؤثر است.

ریزش مو

متاسفانه، حتی استروژن نمی تواند این شکل را درمان کند.

ویتامین E

ویتامین B کمپلکس

مصرف روی و سلنیوم ممکن است مؤثر باشد.

هیر سوتیسیم (پرمویی) صورت

تخمدانها بعد از یائسگی به ترشح هورمونهای مردانه یا آندروژن ادامه می دهند که ممکن است باعث پرمویی شود.

روش های غیر دارویی

این قسمت مربوط به پوست و زیبایی می شود.

رژیم غذایی مناسب با سن یائسگی

در این دوره از زندگی اساسی است.

- یک خانم میزان کلسیم کمتری جذب می کند و میزان بیشتری دفع می کند. رویه به این صورت است که افزایش وزن پیدا می کند. مستعد افزایش فشار خون، دیابت، بیماری اسکمیک قلبی و غیره می شود.

توصیه‌های مورد استفاده:

- غذای با کلسیم بالا مانند دو لیوان شیر جوشیده (نیم لیتر) در روز یا محصولات معادل شیر، سبزیجات برگ‌دار سبز، نخود و غیره.
- کالری کمتر
- نمک کمتر
- قند کمتر
- چربی و روغن کمتر: چربی مضر کمتر مثلاً کره و غیره.
- چربی مفید بیشتر مثلاً روغن گل آفتابگردان.
- مصرف فیبر زیاد
- مقادیر کافی آب خالص (برای پوست و کلیه خوب است).

رژیم استروژنیک خاص

این یک رژیم است که حاوی مقادیر فراوان عدس، لوبیا، نخود، سویا و غیره می‌باشد که این‌ها دانه‌های گیاهان خانواده بقولات هستند. این‌ها حاوی مقادیری استروژن هستند.

ورزش

پیاده روی: عادت به پیاده روی سریع حداقل ۳۰ دقیقه و ۴ بار در هفته لازم است. دوچرخه سواری یا استفاده از دوچرخه ثابت ممکن است به جای آن به صورت جایگزین استفاده شود. برای محافظت از استخوانها ورزش‌هایی لازم است که تحمل کننده وزن باشد (مانند پیاده روی، آهسته دویدن و غیره)، به همین خاطر ممکن است که شنا به این اندازه مؤثر نباشد. علاوه بر بسیاری از مزایای پیاده روی که در پائین اشاره شده است، پیاده روی دو فایده خاص دارد که از شکستگی جلوگیری می‌کند. الف: رفلکس عکس العمل فرد را سریع می‌کند و ب: قدرت عضلانی را افزایش می‌دهد.

حرکات کششی

این ساده‌ترین کاری است که می‌توان انجام داد. تمام قسمت‌های بدن باید برای مدت ۱۰ دقیقه در روز به سادگی تحت کشش قرار گیرد. این ممکن است به عنوان اولین کار در هنگام صبح پس از بیدار شدن و قبل از برخاستن از رختخواب انجام شود.

فواید ورزش عبارتند از:

- کاهش میزان از دست رفتن استخوان
- کاهش چاقی
- کاهش خطرات بیماریهای قلبی، سکته مغزی، افزایش فشار خون و دیابت.

بهبود کیفیت خواب و درمان بی خوابی.

ایجاد یک حالت تندرستی که در حل مشکلات روان شناختی یانسگی کمک می کند. به خاطر این است که نشان داده شده که ورزش سبب آزاد شدن ضد دردها و ضد افسردگیهای طبیعی بدن می شود.

یوگا

این احساس ریلکس بودن و راحت بودن است که فرد باید از یوگا یاد بگیرد و درخانه روزانه به مدت ۱۰-۲۰ دقیقه تمرین کند. «ساواسانا savasana» یا وضعیت بی وزنی همراه با تنفس آرام راحت ترین روش برای یاد گرفتن و انجام دادن است.

دستیابی به وزن ایده آل

او بایستی شاخص توده بدن (BMI) را بر اساس فرمول ساده زیر حساب کند و این شاخص را بین ۲۰-۲۵ حفظ کند.

(به کیلوگرم) وزن

$$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد به توان ۲ (بر حسب متر)}}$$

شاخص کمتر از ۱۸ بیانگر سوء تغذیه و بیشتر از ۲۵ بیانگر چاقی است.

جلوگیری از افتادن

- کافی است که فرد حداقل یک افتادن کوچک داشته باشد تا دچار شکستگی شود. برای پیشگیری از آن باید احتیاطات زیر به تمام زنان یائسه توصیه شود:
- حمام و توالت نباید لیز باشد و باید بلافاصله پس از استفاده خشک شود.
 - بهترین حالت این است که حمام گرفتن در حالت نشسته باشد تا ایستاده.
 - یک سری دسته‌هایی باید روی دیوار حمام تعبیه شود تا در موقع ضرورت از آن استفاده شود.
 - قطعات کوچک از فرش‌های شل باید برداشته و برچیده شود.
 - اگر چیزی کف زمین ریخت باید سریعاً پاک شود.
 - روشنایی منزل و همچنین باغچه و حیاط باید کافی باشد.
 - تمامی صندل‌ها باید کف غیر سر، عاجدار و همچنین دارای دندان‌های کافی باشند. صندل‌های هاوایی با کف صاف شده کنار گذاشته شود.
 - فرد باید در هنگام پائین رفتن از پله‌ها مراقب باشد. یک دست باید به میله راه پله گرفته شود.

- در هنگام بالا رفتن از پله‌ها و یا پائین رفتن از آنها هر دو دست پر نباشد. در این حالت اگر شما تعادل خود را از دست دهید نمی‌توانید خود را کنترل کنید.
- دید چشم باید در فواصل زمانی مختلف چک شود و اگر کاهش دید وجود دارد اصلاح شود.
- اگر فردی داروی آرامبخش مصرف می‌کند باید مراقبت دو چندان داشته باشد.
- باید از پوشیدن لباس‌های خیلی بلند پرهیز کند. لبه تحتانی لباس‌های بلند باید حداقل به اندازه ۵ سانتیمتر از کف زمین فاصله داشته باشد.

پرهیز از اعتیاد

کافئین، نیکوتین، کوکائین (بسیاری از نوشیدنی‌های گازدار حاوی این ماده هستند) الکل، آمفتامین و غیره باید پرهیز شوند. همه اینها ایجاد اختلال خواب می‌کند. به علاوه، سیگار کشیدن معلوم شده که یک عامل مستعد کننده پوکی استخوان می‌باشد.

یک کار خوب هر روز انجام دهید.

این کار برای حفظ سلامت ذهنی خوب است.

نتیجه گیری

از زمان‌های دیرین یائسگی به صورت کاملاً موثری بدون استفاده از هورمون (استروژن) مدیریت و درمان شده است. شاید با داروهای جدیدتر ما اکنون می‌توانیم حتی آن را بهتر مدیریت و درمان کنیم. به هر صورت، این روش‌ها و دیگر روش‌های اصلاح شیوه زندگی برای کاهش خطرهای کلی (ناتوانی و مرگ و میر) قابل مقایسه با درمان‌های جایگزینی استروژن است که به صورت پیشگیرانه و طولانی مدت مصرف شود.





فصل دہم

در عمل جراحی خارج کردن رحم،
لازم است تخمدانها خارج شوند؟

سررشته کلام: اگر قرار است به دلیل خونریزی، فیبروم رحم یا هر بیماری خوش خیم رحمی، هیستریکتومی یا عمل برداشتن رحم داشته باشید، در فرایند تصمیم گیری برای برداشتن یا بر نداشتن تخمدانها باید فعالانه برخورد نمایید. از پزشک معالج بخواهید در این مورد اقدام لازم را بر حسب شرایط سنی، طبی، تاریخچه خانوادگی و وضعیت ظاهری تخمدانها در حین عمل پیش بینی نماید.

مقدمه:

حفظ تخمدانها در جراحی‌هایی مانند درآوردن رحم یک موضوع مورد توجه در طول چند دهه گذشته بوده است. موافقان و مخالفان با در نظر گرفتن این حساسیت عقاید خود را در مورد آن منتشر کردند. از آن زمان، این مسئله یک موضوع مهم مورد بحث می‌باشد و متخصصان زنان در به کارگیری یک روش منطقی دچار ابهام می‌گردند. تصمیم در مورد درآوردن یا حفظ تخمدانها یک مبحث مهم و مورد توجه در زمینه حفاظت از اعضای بدن می‌باشد.

درآوردن تخمدانها: واقعیت‌ها و ابهامات در این زمینه

- تخمدانها تا سالها بعد از منوپوز به طور کامل غیر فعال نشده، بلکه تحریک شده و این تحریکات را به سیستم‌های مختلف بدن انتقال می‌دهند. کمبود آن به شکل علائم بیماری‌های دوره یائسگی بروز می‌کند، بنابراین مشخص است که از کار انداختن عمدی آنها چه نقصانی می‌تواند در پی داشته باشد.
- اگر برداشتن رحم به دلایل خوش خیم باشد مثلاً خونریزی شدید یا فیبروم رحمی قابل بحث است ولی در مواردی که ضایعات مشکوک یا بدخیمی باشد تخمدانها برداشته می‌شوند.
- این موضوع که موقع جراحی، در آوردن یکی از تخمدانها، خطر سرطان تخمدان را در آینده پنجاه درصد کاهش می‌دهد صحیح نیست.

برای روشن ساختن موضوع بحث، بایستی منتقدانه و دقیق‌تر توجه داشت که شامل این موارد می‌شود:

- در چه سنی این تخمدان از کار می‌افتد؟.

- آیا تخمدان‌های حفظ شده بعد از خارج کردن رحم (هیستریکتومی)، به طور نرمال به فعالیت خود ادامه می‌دهند؟
- آیا تکنیک جراحی بر عمل تخمدان اثر می‌گذارد؟
- تهدیدات سلامتی وقتی که در زنان یائسه تخمدان‌ها خارج شوند چیست؟
- تهدیدات سلامتی وقتی که در زنان یائسه تخمدان‌ها حفظ شوند چیست؟
- جایگزینی هومون تا چه حد مؤثر است؟
- سن مناسب برای جراحی در آوردن تخمدان چیست؟

در چه سنی این تخمدان‌ها از کار می‌افتند؟

- دوره قبل از توقف قاعدگی دوره‌ای است از چند ماه تا چند سال که ترشحات هورمونی کمتر در آن رخ می‌دهد که دارای اثرات ویژه‌ای بر بدن است.

- در ۲۰٪ زنان، تخمک گذاری بعد از ۵۰ سالگی مشاهده شده که نشان دهنده این است که حتی در دهه پنجم زندگی هم اثر هورمونی، آشکار می‌شود. در یک مطالعه گزارش شده است که تا شصت و پنج سالگی هم تخمدانها کمی ترشح هورمونی دارند.

- اکثر جراحی‌های در آوردن رحم به علت اختلالات خوش خیم، در دوره قبل از یانسگی است.

- این زنان با انجام جراحی خارج کردن دو طرفه تخمدان بین ۴۰-۴۵ سالگی، ۱۰ سال یا بیشتر از فعالیت تخمدانی نرمال خود را از دست می‌دهند.

آیا تخمدان‌های حفظ شده بعد از جراحی خارج کردن رحم، به طور نرمال به

فعالیت خود ادامه می‌دهند؟

- از کار افتادگی تخمدان‌ها بعد از خارج کردن رحم نسبت به گروه کنترلی که رحم را خارج نکرده‌اند، تا دو سال زودتر رخ می‌دهد.

- یک کاهش گذرا در جریان خون تخمدان‌ها می‌تواند احتمالاً پیدایش موقتی گرگرفتگی را در تقریباً چهل درصد از زنانی که عمل خارج کردن رحم را با حفظ تخمدان‌ها انجام داده‌اند، توجیه کند و این امر می‌تواند یک پدیده گذرا باشد.

آیا تکنیک جراحی بر فعالیت تخمدانی تأثیر گذار است؟

- اطلاع در مورد عروق خونی تخمدان‌ها، نشان می‌دهد بعد از هیستریکتومی، قطعاً برخی از اشکالات عروقی برای تغذیه تخمدان‌ها ایجاد می‌شود. بنابراین بر ادامه فعالیت تخمدان‌ها در حالتی که تخمدان‌ها حفظ شده‌اند و خارج نشده‌اند، تأثیر گذار است.

- خارج کردن لوله‌ها بر وظیفه تخمدان‌های حفظ شده تأثیر می‌گذارد.

- با توسعه جراحی خارج کردن رحم از نوع لاپاروسکوپی، در مورد استفاده از کوتر و یا بنخیه زدن در رابطه با حفظ کردن تخمدان‌ها بحث وجود دارد که نیاز به مطالعات موثق و معتبری دارد.

وقتی که در زنان یائسه تخمدان‌ها خارج شوند، تهدیدات سلامتی چیست؟

- کاهش ناگهانی استروژن، پروژسترون و آندروژن‌ها تأثیرات خود را بر سیستم‌های مختلف آشکار می‌سازد. کاهش قابل ملاحظه تستوسترون علت بروز فوری علائم وازوموتوری (گرگرفتگی و تعریق) است، که به تدریج در طول چندین ماه فروکش می‌کند. جدای از بروز علائم روحی، اثرات متابولیک بلند مدت خاص، پوکی استخوان، بیماری عروق قلب، حوادث عروق مغزی، دیابت و آلزایمر نیز در صورت خارج کردن آنها ممکن است رخ دهند، بنابراین تا حدی بر کیفیت زندگی انسان تأثیر می‌گذارد ولی خطر سرطان پستان کاهش می‌یابد.

تهدیدات سلامتی وقتی که در زنان یائسه تخمدان‌ها حفظ شوند چیست؟

- تشکیل کیست تخمدان
- سرطان تخمدان اگر اتفاق بیفتد دیرتر تشخیص داده می‌شود.
- سندروم تخمدان باقیمانده همراه با درد و ناراحتی منتشر در لگن

سن مناسب برای جراحی در آوردن تخمدان چه موقع است؟

- تخصیص یک معیار سنی برای توجیه عمل خارج کردن تخمدان بستگی به نظر جراحان زنان دارد. بحث آن باید بعد از ۴۰ سالگی شروع شود و توصیه می‌شود قبل از ۴۵ سالگی آن را خارج نکنند مگر داشتن سابقه سرطان پستان و تخمدان در خانواده و این امر در زنانی است که در قبل از دوره یائسگی قرار دارند. - روش منطقی‌تر و علمی‌تر برای خارج سازی تخمدان در این موارد است:

- برای زنان بعد از دوره یائسگی
- داشتن سابقه سرطان تخمدان در خانواده
- در موارد سرطان رحم، روده بزرگ، پستان، رکتوم در صورت اعمال جراحی مختلف در ناحیه شکمی
- مثبت بودن BRCA (مارکر ژنی سرطان پستان و تخمدان).

جایگزینی هورمون تا چه حد مؤثر است؟

- با وجود انواع گوناگون و وسیع مدل‌های درمانی جایگزینی هورمون که جراحان با درمان‌های پس از عمل جراحی راحت‌تر هستند، اما در حقیقت فاصله روشنی بین سطوح هورمونی دارویی

و طبیعی وجود دارد و اثرات آن در نهایت بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. هرچند، مزایا و معایب استفاده کوتاه مدت و بلند مدت از داروهای مناسب و یا ترکیبات آنها و مطلوبیت و کیفیت آنها مورد توجه اکثر محققین می‌باشد، اما هنوز مشغول تحقیق بر روی یک درمان جانشینی هورمون مناسب و ایده آل هستند. اگر محدودیت مصرف استروژن نداشته باشند، برای علائم منوپوز توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

- حفظ و مراقبت ارگان-الگوی ضروری هزاره حاضر است.
- عوارض دوران بعد از منوپوز در نظر گرفته می‌شود.
- عوامل خطر سرطان تخمدان در نظر گرفته می‌شود. بویژه که بعد از برداشتن رحم، خانم‌ها کمتر برای ویزیت مراجعه می‌کنند.
- سن، به عنوان یک عامل است.
- عمل خارج کردن یکطرفه تخمدان-توجیه منطقی ندارد.
- هورمون درمانی جایگزینی پیشنهاد می‌شود.
- کمبود آمارهای مبتنی بر شواهد وجود دارد.





فصل یازدہم

یائسگے زودرس، نارسائے زودرس تخمدانها
(POF)

سررشته کلام: تحمل علائم یائسگی در جوانی آسان نیست. موتور تخمدانها پیش از زمان موعد، خاموش شده است. زمانی طول می کشد تا زن جوان به بررسی علت و انتخاب راه های جبرانی فکر کند. این قطع پرئود، یائسگی واقعی نیست و در مواردی حتی با وجود مصرف قرص های ضدبارداری، حاملگی اتفاق می افتد.

مقدمه:

نارسایی زودرس تخمدان (Premature Ovarian Failure) به شرح زیر تعریف شده است: خانمی که از زمان بلوغ، پرئود می شده است حالا پرئودش متوقف شده است. قطع پرئود قبل از سن چهل سالگی اتفاق افتاده است. علائم با کاهش استروژن به دلیل نارسایی زودرس تخمدان مرتبط است. این وضعیت به یائسگی زودرس، پیش رس یا قبل از موقع هم گفته می شود. گرچه نارسایی زودرس تخمدان (POF) اغلب مترادف با یائسگی زودرس تلقی می شود ولی POF معادل یائسگی نیست. اغلب خانم های مبتلا به POF فعالیت تخمدان ها را بطورمتناوب درطول سالیان زیادی دارند و برعکس خانم های منوپوز، حتی ممکن است حاملگی (بارداری) نیز رخ دهد.

شیوع نارسایی زودرس تخمدان یا POF

فراوانی این وضعیت بستگی به سن هنگام تشخیص دارد. درسن سی سالگی تقریباً یک هزارم زنان درگیر می شوند و تا سن چهل سالگی تقریباً یک در صد مبتلا به این وضعیت خواهند شد.

علل نارسایی زودرس تخمدان یا POF

علل POF متفاوت و دراکثر موارد ناشناخته اند. درعده ای از بیماران مبتلا به POF مشخص شده که کروموزم های جنسی از لحاظ ساختار یا تعداد، دچار کمبود و نقص هستند.

بنابراین براحتی می توان موضوعات مربوط به POF را به گروه های مشخصی تقسیم بندی کرد:

- نارسایی تخمدان با اختلال کروموزومی
- نارسایی تخمدان بدون اختلال کروموزومی
- نارسایی زودرس تخمدان راهمچنین می توان به دو دسته بزرگ تقسیم بندی کرد.
- نارسایی زودرس تخمدان خودبخودی
- نارسایی زودرس تخمدان القاء شده

نارسائی زودرس تخمدان خودبخودی

علت این دسته از POF اغلب ناشناخته است. دومکانیسم برای کاهش فولیکول وعدم کارآیی فولیکول فرض می‌شود.

جالب است بدانیم **دخانیات و سیگار** رسیدن به سن منوپوز را تسریع می‌کند.

- **عوامل فAMILI:** سن منوپوز بیشتر زنان مشابه سن منوپوز مادرانشان می‌باشد و به این معنی است که اگر سابقه خانوادگی از منوپوز زودرس در خانواده (مادر، مادر بزرگ و خواهر) وجود داشته باشد، احتمال این که شما نیز آن را بزودی تجربه کنید، وجود دارد.

. بعضی مطالعات نشان دهنده آن است که فقط حدود پنج درصد زنانی که POF دارند، سابقه خانوادگی این وضعیت را ذکر می‌کنند. بنابراین سابقه خانوادگی می‌تواند بعنوان یک نشانه اولیه از منوپوز زودرس باشد.

- **عوامل ژنتیکی:** علل ژنتیک شایع ژنتیکی POF عبارتند از سندرم ترنر که یک کروموزوم ندارند یا نقص دارد.

- **اختلال خودایمنی:** سیستم ایمنی ممکن است نقش مهمی در بعضی موارد POF داشته باشد. شیوع واقعی POF به دلیل خودایمنی، ناشناخته است. براساس یک ارزیابی، میزان آن تقریباً سی درصد علت POF است.

- بعضی موارد POF در بیماری خودایمنی تیروئید و یا دیابت نوع یک دیده می‌شود. ممکن است در بعضی موارد بصورت موقت بوده و فعالیت تخمدان دوباره بطور خودبخود شروع گردد. سیکل‌های پرپود در بعضی خانم‌ها بطور منظم دوباره شروع می‌شود ولی قدرت باروری کم است (عدم کفایت تخمدانها).

- **دلایل ناشناخته (نامعلوم)**

- **سندرم تخمدان مقاوم:** یک وضعیت ناهمگن است که فولیکوهای اولیه فراوان است ولی حساسیت تخمدان‌ها به تحریک‌های خارجی مقاوم است.

نارسائی زودرس تخمدان القاء شده (اکتسابی)

مکانیسم نارسائی زودرس تخمدان به علت اکتسابی شامل موارد زیر است: صدمه به سلولهای تخمدان یا صدمه به تخمک هاست. در نتیجه کاهش فولیکول‌ها، POF پیشرفت می‌کند.

منوپوز در اثر جراحی:

برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها، هنگام هیسترکتومی با وجود نگهداری تخمدان‌ها، بطور متوسط دو تا چهار سال زودتر، تخمدان‌های باقیمانده نارسا می‌شوند. آسیب به جریان خون تخمدان و رحم ممکن است روی عملکرد تخمدان اثر دارد.

- صدمه و آسیب به تخمدان بدنبال عمل های جراحی کیست تخمدان، یا کوتر تخمدان.
- عفونت های ویروسی: گفته می شود ویروس اوریون در دوره جنینی ممکن است باعث التهاب تخمدان بصورت خودایمنی شود.

داروها:

تاموکسی فن، بطور اختصاصی مانند یک حلال روی تخمدان عمل می کند که منجر به تخریب و کاهش تعداد فولیکولی POF می شود. تاموکسی فن با اثر دو گانه باعث تحریک تخمدان هم می شود.

اشعه درمانی و شیمی درمانی:

خانم هایی که برای درمان سرطان در معرض انواع مختلف اشعه قرار می گیرند یا شیمی درمانی می شوند یا اشعه درمانی لگن، خطر بروز و پیشرفت نارسائی تخمدان ها را وجود دارد. اگر شروع درمان با شروع بلوغ همزمان باشد، خطر بیشتری بیمار را تهدید می کند. در افرادی که بدنبال درمان با اشعه یا شیمی درمانی در بیماری سرطان غدد لنفاوی زنده مانده اند، POF دیده می شود. پس از پیوند مغزاستخوان و درمان، خانم ها مبتلا به نارسائی تخمدان می شوند.

خصوصیات بالینی نارسایی زودرس تخمدان

در بعضی موارد بدون علامت و امادریساری از موارد دیگر نیز تمام علائم مشخص کاهش استروژن وجود دارد.

نارسائی زودرس تخمدان با شروع زودرس بیماری های عروق شریانی و پوکی استخوان در ارتباط است. نکته مهمی را که باید بخاطر داشت این است که سن پایین تر منوپوز با میزان بالاتر خطر پوکی استخوان و بیماری قلبی همراه است. در مورد POF سابقه جراحی های لگنی، پرتودرمانی یا شیمی درمانی مهم است و در مورد سابقه خانوادگی POF و عقب افتادگی ذهن مردان در خانواده و اختلالات خودایمنی باید پرس و جو کرد. معمولاً در زنان مبتلا به POF خودبخودی، یافته های بالینی مشخصی وجود ندارد. گاهی علائم سندرم ترنر ممکن است وجود داشته باشد (قامت کوتاه، سینه سپری، گردن پره دار، زاویه پهن ساعدها، گوشهای پایین تراحد طبیعی و خط رویش پایین مو). علائم بیماری تیروئید گاهی وجود دارد مانند گواتر، پوست گرم و نرم، یا خشک و سرد. بعضی از خانم های مبتلا به POF، واژینیت آتروفیک دارند. با این حال بعضی خانم ها دارای عملکرد فولیکولی بینابینی بوده و استروژن کافی برای نگهداری واژن تولید می کنند، معمولاً تخمدان ها کوچک هستند.

استفاده از سونوگرافی تخمدان ها در پیگیری بیماران POF ارزش عملی ندارند.

اداره نارسائی تخمدان

ممکن است در بعضی موارد POF بصورت موقت بوده و فعالیت تخمدان دوباره بطور خودبخود شروع گردد. سیکل‌های پر یو در بعضی خانم‌ها بطور منظم دوباره شروع می‌شود ولی قدرت باروری کم (ده درصد) است. درمان دارویی بیماران POF باید با در نظر گرفتن موارد زیر انجام شود: بهبود وضع روحی و روانی بیمار، جایگزینی هورمون تخمدان و بازگرداندن باروری.

مشاوره

در یک جلسه حضوری راجع به نتایج تست هابا پزشک به بحث و گفتگو پردازند. تشخیص POF در خانم‌های جوان می‌تواند باعث صدمه روحی شود. انتخاب کلمات و الفاظ مناسب در این مورد اهمیت دارد (مثلاً استفاده از کلمه نارسائی یا عدم کفایت زودرس تخمدان بجای کلمات یائسگی زودرس). در این مورد از پزشک درباره بیماری توضیح خواسته شود و منابع اطلاعاتی و کمک کننده در این مورد را مطالعه کنند. پزشک نیز به بیمار فرصت کافی بدهد تا تشخیص مطرح شده را بپذیرد و پس از اینکه بیمار با موقعیت خود کنار آمد، راجع به برنامه بارداری او در آینده گفتگو کند. برای او توضیح دهد که فعالیت خودبخودی تخمدان و بارداری امکان پذیر است، به بیمار فرصت کافی بدهد که تشخیص پزشک را بپذیرد. بیمارانی که بدنال POF دچار نازایی می‌شوند، معمولاً پس از شنیدن آن دچار غم و اندوه می‌شوند. آن‌ها می‌توانند از وجود یک مشاوره مناسب و بررسی روانی توسط یک متخصص روانشناس، بهره مند شوند.

بازگشت باروری

هیچگونه مداخله و اقدامی میزان تخمک گذاری و بازگشت باروری را افزایش نمی‌دهد. استفاده از درمان‌های اثبات نشده و غیراستاندارد برای بازگشت باروری باید خودداری شود، زیرا این درمان‌ها ممکن است با بارداری خودبخود بیمار، در تناقض باشد و مانع بارداری خود بخود بیمار شوند.

اهدای تخمک:

اهدای تخمک بهترین گزینه برای بازگرداندن بارداری است، اما نباید برای این اقدام بیمار تحت فشار قرار گیرد، زیرا بارداری خودبخود ممکن است واقعاً امکان پذیر باشد. سن بیمار نسبت به سن اهداء کننده تخمک، کم اهمیت تر است. راه دیگر این است که بیمار خود را با شرایط پیش آمده تطبیق داده و یا سبک زندگی خود را تغییر دهد. برای بازگرداندن باروری در خانم‌های مبتلا به نارسائی ثانویه تخمدان، درمان باید بر اساس علت صورت گیرد.

- راههای دیگر درمان POF که فعلاً در مرحله تحقیق و بازیابی تخمدان است عبارتند از:
- ذخیره کردن نمونه تخمدان فریزشده، برداشتن فولیکول و فعال کردن آن در موعد اقدام به باروری
 - پیوند تخمدان؟

جایگزینی هورمون‌های ناکافی تخمدان

خانم‌های مبتلا به POF باید HRT (هورمون درمانی جایگزین) با استروژن و پروژسترون دریافت کنند. بدین ترتیب علائم کمبود استروژن تسکین می‌یابد، تراکم استخوانی حفظ می‌شود و همچنین ریسک بیماری‌های قلبی، عروقی کاهش می‌یابد. در بعضی خانم‌ها ممکن است حتی قبل از قطع پیوند برای کاهش علائم منوپوز نیاز به HRT داشته باشند. HRT به شکل‌های مختلف انجام می‌گیرد. بصورت دوره‌ای یا دائم. استروژن از طریق خوراکی یا پوستی و پروژسترون خوراکی دوره‌ای است. درمان اولیه بلافاصله پس از منوپوز شروع و تا سن پنجاه سالگی ادامه می‌یابد. آزمایشات بالینی در حال تحقیق است برای تعیین اینکه آیا جایگزینی تستوسترون نیز باید بخشی از درمان استاندارد خانم‌های جوان مبتلا به نارسائی تخمدان باشد یا خیر؟

پیش‌آگهی:

شانس بارداری خودبخودی خانم‌های مبتلا به نارسائی خودبخود و زودرس تخمدان وجود دارد ولی این شانس خیلی کم است، تقریباً ۱۰٪ خانم‌ها با تشخیص POF باردار می‌شوند. HRT از این بارداری‌ها جلوگیری نمی‌کند. علیرغم تصور همه، حتی قرص‌های جلوگیری از حاملگی خوراکی که برای پیشگیری از بارداری در خانم‌های طبیعی بکار می‌رود، ممکن است مانع از بارداری در خانم‌های مبتلا به POF نشود. لذا خانم‌هایی که POF دارند و هورمون می‌گیرند اگر بعد از قطع هورمون، پیوند نشدند حاملگی را در نظر داشته باشند.





فصل دوازدهم:

باردارک در سنین یائسگی

سررشته کلام: در تاریخ پزشکی، بارداری در سنین یانسگی محتمل دانسته شده و گزارش شده است. مادران مسن‌تر، با صبوری بیشتر و مسئولانه فرزندان خود را بزرگ می‌کنند. اگر زن، از قبل از دهه چهارم زندگی خود، تخمک‌های منجمد شده ذخیره ندارد، برای پیشگیری از مشکلات ژنتیکی و عقب ماندگی نسل بعدی، از تخمک اهدایی استفاده می‌نماید. البته عوارض حاملگی در سنین بالاتر قابل اغماض نیست.

در نیمه اول قرن بیستم، منوپوز شدن برای زنان خوشایند بود چون آنها را از حاملگی‌های متعدد و پشت سر هم که بعلت مقاربت‌های بدون جلوگیری اتفاق می‌افتد نجات می‌داد. ولی روش‌های مؤثر جلوگیری از بارداری و تمایل اجتماعی برای جلوگیری از بارداری تا اواخر سن سی و حتی چهل سالگی خیلی از زنان دیر بارور می‌شوند و می‌خواهند تا سنین منوپوز و حتی پس از منوپوز، حاملگی داشته باشند. با پیشرفت در روش‌های کمک باروری پزشکان می‌توانند به خیلی از زوج‌هایی که تا چند سال قبل نابارور بوده‌اند کمک کنند. سؤال‌هایی در زمینه پزشکی و اخلاقی مرتبط با نتایج کلینیکی حاملگی‌هایی که نتیجه روش‌های کمک باروری یا ART هستند ایجاد شده است.

سن باروری یک زن توسط طبیعت تعیین شده است ولی در حال حاضر می‌توان آنرا بطور مصنوعی طولانی کرد. با موفقیت در اهدای تخمک به زنان میانسال، حاملگی در این زنان که رحم سالمی دارند حتی بدون توجه به سن و نداشتن تخمدان و عملکرد تخمدانی امکان پذیر شده است. خیلی از زنان بعد از منوپوز، تمایل به بچه دار شدن ندارند با این وجود در شرایطی بعضی زنان بعد از منوپوز خواهان داشتن فرزند می‌باشند. برای مثال در مورد یک زن منوپوز که تنها فرزندش را از دست می‌دهد یا یک زن که می‌خواهد بعد از منوپوز ازدواج کند و تشکیل خانواده بدهد.

این‌ها سئوالاتی هستند که باید به آنها جواب داده شود. وقتی ما سعی می‌کنیم که کیفیت زندگی افراد را با افزایش سن آنها در همه جهات ارتقاء دهیم، آیا بحث تولید مثل مبحثی جدا می‌باشد؟ آیا این صحیح است که با استفاده از تکنولوژی، طول دوره تولید مثلی زن را افزایش دهیم و بر خلاف ساعت بیولوژیکی عمل کنیم؟ آیا این کار نیاز به محدودیت‌هایی دارد؟ این‌ها سئوالاتی است که باید پاسخ داده شود.

سن و کاهش باروری

قرن‌ها آشکار بود که با افزایش سن، بخصوص بعد از ۴۰-۴۵ سالگی، توانایی باروری کاهش می‌یابد. نشانه‌های ذخیره تخمدانی نشانگر پتانسیل باروری می‌باشند. ارزیابی ذخیره تخمدانی، امکانپذیر است.

-انجام سونوگرافی واژینال و شمارش تعداد و سایز فولیکولها

- اندازه گیری FSH و Inhibin B در روز سوم از شروع پریود است: افزایش FSH و کاهش Inhibin B نشانگر کاهش تعداد و ظرفیت تولید تخمک است.

- یک نشانگر خوب دیگر AMH است که کیفیت فولیکولهای تخمدان را تعیین می‌کند. مقدار کم آن به دلیل کاهش کیفیت تخمک‌هاست. سن بیشتر روی کیفیت تخمک اثر می‌گذارد و بعد روی تعداد آن و زنان مسن کمتر بارور می‌شوند چون کیفیت تخمک‌های آنها کاهش یافته است. اینجاست که نقش اهداء تخمک یا اهداء جنین برای زن بعد از منوپوز مشخص می‌شود.

نظریات مخالف با روش‌های کمک باروری در زمان منوپوز:

- * عوارض حین بارداری در سنین بالا نسبت به زنان جوان بیشتر است.
- * مادر بودن در سنین بالا، بطور فیزیکی، روانی و اقتصادی، استرس زا است پس فقط برای زنان خاص مناسب است.
- * احتمال بیشتری وجود دارد که کودک، مادر پیرش را در سنین کوچکی از دست بدهد و مشکلات بعدی برای وی ایجاد شود.
- * مباحث اخلاقی و بیولوژیک در اهداء تخمک و جنین به زنان بعد از منوپوز وجود دارد.
- * افزایش ریسک فاصله نسل‌ها بین والدین و فرزندان وجود خواهد داشت.
- * یک محدوده طبیعی برای تولید مثل زنان وجود دارد و شکستن این مرز بر خلاف طبیعت است!

نظریات موافق با روشهای کمک باروری در زنان منوپوز

- امید برای افزایش توانایی بچه دار شدن، اشتباه نیست. انتخاب داشتن فرزند، یک تصمیم دقیقاً شخصی است که بر پایه تصمیم‌گیری دو طرفه زوجین است و روش‌های کمک باروری فقط یک فرم جایگزینی برای باروری و بقای نسل است.
- اهداء تخمک یکی از جدیدترین روش‌ها برای تشکیل خانواده است و خیلی از این زوج‌ها می‌توانند فرزندی داشته باشند که از نظر ژنتیکی به یکی از آنها شبیه است و بطور معمول والدین تلاش می‌کنند که با وجود تخمک اهدایی از اسپرم همسر خود استفاده کنند.

- با بهبود استانداردهای زندگی و افزایش طول عمر فردی که در سن پنجاه سالگی مادر می‌شود خیلی بیشتر از قبل زندگی می‌کنند.
- والدین مسن چون خیلی از مسئولیت‌ها را پشت سر گذاشته‌اند، دقت بیشتری در بزرگ کردن فرزند خود دارند.
- اغلب تفاوت‌های فرهنگی بین فرزندان و والدین در هر سنی اجتناب ناپذیر است و تنها مختص والدین مسن نمی‌باشد.
- از روش‌های باروری می‌توان وقتی تقاضای بچه دار شدن وجود دارد استفاده کرد و نتیجه نهایی بچه دار شدن و بزرگ کردن فرزند کمک به سلامت مادران و فرزندان می‌باشد.
- مادران مسن‌تر در تربیت و بزرگ کردن فرزندانشان وسواسی‌تر و سستی‌تر هستند و سعی می‌کنند کنترل بیشتری داشته باشند.
- مادران مسن‌تر از نظر شغلی و درآمد ثبات بیشتری داشته و نگرانی کمتری برای پرورش فرزندشان دارند.

انتخاب زنان بعد از دوره منوپوز برای روشهای کمک باروری یا ART

بحث‌های جدی در بعضی کشورها وجود دارد که به زنان بالای شصت سال، اجازه و استفاده از ART داده نشود. برای بارداری در سنین بالا، زنان باید غربالگری پزشکی شوند و از نظر جسمی و روانی سالم باشند. تست‌های غربالگری شامل:

- آزمایش خون
- تسهای کلیوی و کبدی
- قند ناشتا و (قند بعد از غذا)
- ایدز - هیپاتیت
- پاپ اسمیر
- ارزیابی حفره رحمی (هیستروسکوپی)
- ارزیابی هورمونی
- ماموگرافی
- نوار قلب
- ارزیابی چربی خون
- سونوگرافی واژینال

انتخاب اهداء کننده تخمک

انتخاب اهداء کننده تخمک مناسب مهمترین موضوع در ART است.

- اهداء کننده باید زیر ۳۵ سال و سالم باشد.
- کسانی که خودشان لقاح مصنوعی یا IVF می‌کنند و مایلند تخمک‌های اضافی خود را اهداء کنند می‌توان از آن استفاده کرد.
- اینکه اهداء کننده، آشنا باشد یا نه یک انتخاب است مثلاً نسبت فامیلی مثل خواهرزاده، خواهر یا یک دوست نزدیک. در نهایت اهدا از جانب زنانی که از مردم عادی انتخاب شده‌اند و یا داوطلب اهدا می‌باشند.
- در رابطه با پرداخت وجه برای اهداء تخمک، قوانین متفاوتی در کشورهای مختلف وجود دارد. قانون مدونی برای پرداخت وجه اهداء کنندگان وجود ندارد و تناقضاتی در این زمینه وجود دارد.

غربالگری اهداء کنندگان تخمک

در مورد اهدا کنندگان ارزیابی کامل پزشکی باید صورت پذیرد شامل:

- آزمایش خون
 - ایدز - هپاتیت
 - پاپ اسمیر
 - بررسی هورمونی
 - کشت سرویکال
 - سونوگرافی واژینال
 - بررسی‌های ژنتیکی مناسب
- در غربالگری ژنتیکی جزئیات دقیق ژنتیکی راجع به فرد و خانواده‌اش پرسیده می‌شود. و باید به زوج دریافت کننده توضیح داده شود که حتی با وجود دقیق‌ترین غربالگری‌ها ۲-۳٪ بچه‌ها با آنومالی به دنیا می‌آیند و خیلی از اختلالات ژنتیکی را نمی‌توان با تست‌های رایج تشخیص داده یا از بروز آنها جلوگیری به عمل آورد.

تحریک همزمان و آماده سازی آندومتر

چون زنان گیرنده پرئود نمی‌شوند باید آندومتر آنها تحریک و آماده شود. حداقل سه ماه و باید استروژن همراه با پروژسترون تجویز شود تا ضخامت آندومتر مناسب شود و حداقل سه ماه خونریزی داشته باشد.

وقتی که به این مرحله رسید، هماهنگی بین اهداء کننده و گیرنده انجام می‌شود. قبل از این که تحریک تخمک گذاری در اهداء کننده انجام شود فرد گیرنده تحریک تخمدانی می‌شود. استروژن پروژسترون، در شروع سیکل به تنهایی تجویز می‌شود. اهداء کننده تخمک طبق استاندارد

سیکل های IVF را تحریک می شود تا روزی که تخمک گرفته شود. در فرد گیرنده از همان روزی که تخمک اهدایی گرفته می شود پروژسترون تجویز می گردد. تخمک اهدایی در آزمایشگاه با اسپرم همسر بارور گردیده و سپس به رحم گیرنده منتقل می شود. زمان طلایی انتقال جنین، دو تا چهار روز بعد از شروع پروژسترون و بر اساس مرحله تکامل جنین تعیین می گردد. پروژسترون عضلانی یا داخل واژن می باشد تا زمانی که جفت کاملاً تشکیل و تثبیت شود. در اغلب مطالعات، تقویت با استروژن در اوایل حاملگی ادامه می یابد. پروژسترون و استروژن روزانه تجویز شده و بعضی اوقات بعد از آن نیز ادامه می یابد.

اهداء جنین:

زمانی که مشکل مردانه وجود دارد، اهداء جنین یک راه حل مناسب می باشد. در پروتکل بعضی از مراکز گفته شده است که جنین ها حداقل شش ماه نگهداری شده و منتقل نشوند، تا اهداء کنندگان مجدداً بعد از شش ماه جهت تست های عفونی غربالگری شوند. بهتر است مدارک کافی از اهداء کنندگان و جنین ها از نظر اصل و نسب وراثت بررسی شود. با وجودی که این برنامه برای سیستم، هزینه بردار است ولی از نظر اخلاقی، صحیح نیست جنین ها فروخته شده و یا اهداء کننده وجهی دریافت کند.

فرم رضایت نامه

بعد از بررسی کامل و مناسب، یک رضایت نامه دقیق باید از اهداء کننده گرفته شود. خطر تحریک بیشتر تخمدانی و عوارض احتمالی دراز مدت باید بطور کامل و با جزئیات، توضیح داده شود. همچنین زوج گیرنده باید یک رضایت نامه بدهند که جنین را بعنوان فرزند خود قبول می کنند. البته مقرراتی برای اهداء تخمک وجود دارد که جلوی مشکلات بعدی گرفته می شود. در نظر گرفتن اصول اخلاقی، پزشکی و قانونی الزامی است.

عوارض و مشکلات حاملگی در زنان مسن

- مستعد فشار خون بالا می باشند.

- دیابت حاملگی

- زایمان زود رس

- عوارض قلبی و عروقی

- عوارض ثانویه به چند قلوبی

- عوارض جراحی

موفقیت حاملگی در زنان پنجاه ساله و بالاتر که توسط روش های کمک باروری یا ART، حامله می شوند مشابه زنان جوان تر می باشد. با وجودیکه مطالعات، ریسک عوارض حاملگی را برای

زنان مسن بیشتر از زنان جوانتر دانسته ولی خاطر نشان کرده که این مسئله نباید به صرف بالا بودن سن منجر به منع آنان از حامله شدن شود. با وجود این که حاملگی در زنان جوان کم خطرتر است، یک زن منوپوز می‌تواند با موفقیت حامله شده و دوران بارداری را بگذراند در صورتی که توصیه‌های پزشکی را مراعات کند.

با افق‌های جدید در روش‌های کمک باروری، در انجماد و نگهداری تخمک‌ها، هر زنی می‌تواند تخمک‌های خود را برای آینده نگه دارد و از آنها حتی در سنین بعد از منوپوز استفاده کند. استفاده از تخمک‌های جنین/جسد در آینده یک روش جدید و یک انتخاب دیگر است. فاکتورهای پزشکی، فیزیکی و اخلاقی در تصمیم‌گیری برای بچه دار شدن در هر سنی دخالت دارند. ART برای هر شخص یک انتخاب می‌باشد ولی انتخاب فرد باید بعد از بررسی دقیق سلامت، موارد پزشکی و مشاوره ژنتیکی انجام شود. افراد بعد از منوپوز باید بدانند که می‌توانند باروری بالقوه خود را بدست آورند و راجع به هر کدام از روش‌های فعلی به آنها اطلاعات کافی داده شود.





فصل سیزدهم:

هنر خوب زندگی کردن در ایام یائسگی

- مشاوره و گفتگوی خانم با کارکنان بهداشتی
- ترتیب دادن درمانهای جایگزین برای علائم گوناگون یائسگی به جای استروژن.
- آموزش «دانش زندگی کردن»

مشاوره و گفتگو

این مورد شامل موارد زیر است:

- پدیده یائسگی چیست؟
- چه چیزی را باید انتظار داشت؟
- چه زمانی باید به دنبال درمان رفت؟
- برطرف کردن افسانه‌ها و خرافات و ترس در مورد یائسگی

مشکلات موجود در زمینه انجام یک مشاوره مناسب در یک درمانگاه زنان شلوغ منجر به ایجاد کلینک‌های خاص مانند موارد زیر خواهد شد.

- کلینیک یائسگی، کلینیک سلامت زنان، زن سالم و غیره.
- یک رویه برای این که این کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها مؤثر باشد، مسئولیت مدیریت این درمانگاه‌ها باید به متخصصین زنان و کارشناسان مجرب واگذار شود. به دنبال مشاوره، این خانم‌ها باید یک بروشور دریافت کنند که آن چه برای آنان توضیح داده شده را به طور خلاصه داشته باشد و بتوانند در مواقع لازم آنها را در خانه چک کنند.

نداشتن تمایل جنسی:

علت این قضیه بیشتر خانوادگی اجتماعی (کد جنسی نانوشته برای سن) و روانشناختی است تا اینکه جنبه غددی داشته باشد. استروژن گه گاه به بعضی از زنان کمک می‌کند و آندروژن به تعداد بیشتر ولی اکثریت به این صورت درمان نمی‌شوند و همچنین خطرات عوارض جانبی وجود دارد. گفته می‌شود که زنان ظرفیت ارگاسم و لذت جنسی خود را تا ۶۰ سالگی حفظ می‌کنند. در اینجا یک راهنمای کلی برای زنان با این شکایت آمده است (توجه داشته باشد که درصد کمی از زنان اساساً از لحاظ روانشناختی سرد مزاج هستند).

- تلاش برای به خاطر آوردن خاطرات خوب سال‌های قبل
- شروع کردن مجدد روابط عاشقانه با شوهر
- تلاش برای دیدن خوبی‌ها و محاسن شوهر
- تصورات و رویاهای صحیح از صبح

- استفاده از خلاقیت‌های روشن
- استفاده زیاد از گل
- استفاده از عطر و ادکلن
- تغییر آرایش رختخواب، نحوه قرار گرفتن بالش و غیره
- استفاده از روتختی نو و جذاب
- تغییر برنامه خواب
- تغییر اتاق و دکوراسیون آن
- استفاده از لباس خواب جذاب
- استفاده از آینه، خرید آینه و قرار دادن آن به نحو رومانیتیک و عاشقانه
- کاهش وزن و تلاش برای رسیدن به شکل معقول
- استفاده از موسیقی ملایم و عاشقانه
- پرهیز از صحبت‌های مادی که درباره مشکلات خانوادگی است.
- ترتیب دادن و برنامه ریزی برای یک آخر هفته و تعطیلات آرام، فقط برای دو نفر در فاصله زمانی مختلف
- استفاده معمول از لوبریکانت (روانساز) - حداقل ژل آن.
- انجام منظم ورزش کیگل (که قبلاً هم به آن اشاره شد)
- عشق به همدیگر را دوباره از نوع شروع کنید.
- زندگی روزمره خود را به گونه‌ای مجدداً بازآرایی کنید که حداقل دو روز در هفته وقت فراغت داشته باشید.
- مطمئن شوید که عجله و شتابی در کار نیست.
- انجام کارهایی که دوست داشتید انجام دهید ولی وقت انجام دادن آنها را نداشتید مثل یادگیری کامپیوتر، موزیک، کارهای خیریه و داوطلبانه مثلاً برای محیط زیست، آموزش کودکان بازمانده از تحصیل، افراد بی سرپرست و معلولین....

دانش زندگی کردن

فلسفه این است که:

- تغییرات فیزیکی خود را بشناسید و در جلسه مشاوره بیان کنید که پوشش داده شود.
 - زندگی خود را به صورت علمی بر اساس نیازهای متغیر آن مدیریت کنید.
- این تقریباً به صورت موارد زیر خواهد بود:

حالت مثبت

کاملاً مربوط به شخص است. بستگی به تاریخچه فامیلی هر شخص، تغذیه، سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فاکتورهای متعدد دیگر دارد. اما با انتخاب روش‌های زندگی سالم تمام این‌ها را می‌توان بدست آورد.

بسیاری از بررسی‌ها نشان داده است که خانم‌هایی که نگرش مثبت نسبت به منوپوز داشته‌اند، کمتر دلواپس تغییرات بدن یا پیرتر به نظر رسیدن هستند، کمتر عصبی می‌شوند و نیز کمتر حس رخوت و افسردگی می‌کنند. با امید به زندگی طولانی‌تر و نداشتن باروری، بچه داری و مسئولیت‌های قلبی، رضایت بیشتری از زندگی خواهند داشت.

برای آنها بی‌کی که از تغییرات منوپوز آشفته می‌شوند می‌توان به تغییرات روش زندگی متوسل گردید و نگرش مثبت را توسعه داد. در این جا ما از خانم‌هایی یاد می‌گیریم که در سنین منوپوز به درجات بالایی دست پیدا کرده‌اند. روحانیت و میل درونی برای انجام کارهای داوطلبانه خیر کاملاً آشکار هستند. مهم‌ترین وظیفه کارشناسان مجرب به عنوان مهیا کنندگان مراقبت سلامت و اولین پزشکان برای هزاران خانم، بالا بردن حالت مثبت نسبت به منوپوز است.

خلاقیت

هنر می‌تواند کلید در ذهن داخلی باشد، افکار و احساسات را ظاهر می‌کند و بنابراین به امور پنهانی که ممکن است مانع دستیابی فردی به توان کامل در زندگی گردد، بصیرت و آگاهی می‌دهد.

تحصیلات بالا، ازدواج، شغل و بچه‌ها می‌توانند پیوسته یک خانم را در سنین میانسالی ضعیف کنند. اما سپس منوپوز می‌آید، زمانی برای نشستن و تکیه دادن و استراحت کردن. زمانی برای خود شخص که می‌تواند برای مدتی فرصت‌های خلاقانه‌ای بوجود آورد، برای کارهایی که عقب مانده‌اند یا هیچ‌گاه شروع نشده‌اند.

متأسفانه طبیعت انسان تمایل به تنبلی دارد. باید تشخیص داده شود. چنانچه خانم جهت همکاری بتدریج ترغیب شود، اگر خودبخود انگیزه وجود داشته و یادآوری شود که در هنگام خلاقیت چه احساس مهم و بزرگی دارند، هر خانمی می‌تواند یک کار هنری بزرگی را خلق کند. یک خانم خانه دار مشغول به کارهای روتین روزانه همچون تمیز کردن، پختن، مراقبت از بچه و مسن‌ها می‌تواند در حس خلاق خود تغییرات مثبتی را ایجاد کند. زندگی روزانه هر شخص پیوسته فرصت‌های خلاق را نشان می‌دهد و اگر خانمی بتواند قسمتی از روند خلاق موجود در ذات خود را ادامه دهد، وی احساس تکاملی را که برای توانایی ذهنی ضروری است را پرورش می‌دهد.

بطور مشابه، کار اداری ممکن است بعد از سال‌ها خسته کننده و یکنواخت گردد ولی گاهی فرصت‌های پنهان شده وجود دارد. کار ممکن است بطور اتوماتیک بی مطالعه، بدون فکر یا با

آگاهی کامل از اتفاقی که رخ می‌دهد، انجام شود. تجربه خانم و قدرت خلاقیت او می‌تواند به عنوان ارشد در محل کار نمودار شود.

کم کردن فاصله نسل‌ها

همچنانکه جوان‌ترها، پدیده‌های نو را دنبال می‌کنند، ممکن است برای بسیاری از خانم‌ها، درک این تغییرات سریع روش‌ها، مشکل و نومید کننده باشد. در نتیجه این مسئله تا حدودی فاصله نسل‌ها را در سن میان سالی و پیری بوجود می‌آورد.

بانوان مسن امروزه، بیشتر به آموزش مهارت‌ها و هنرهای ضروری زندگی، نیاز دارند. و از طرفی، این بانوان ممکن است التیام دهنده، معلم یا هنرمندانی باشند که مهارت کارهای عملی منزل را بدست آورده‌اند. مادر بزرگ‌ها، از دانستن مهارت اداره چیزهای جدید لذت می‌برند و هنوز بهترین کمک در کنار زوجها در خانواده‌ها هستند. عالی‌تر از همه، ارتباطات بین پدر و مادر بزرگ‌ها و نوه‌ها بیشتر عاشقانه هستند.

هرچند، بسیاری از خانم‌هایی که وارد این فاز از زندگی‌شان می‌شوند، احساس می‌کنند که منویوز یعنی رهایی از مسئولیت مراقبت از بچه‌ها، رهایی از تماس ضروری با مسئولیت‌های ناراحت کننده و بحث برانگیز خانواده. خانم‌های منویوز مدرن باید نقش خود را بفهمند و با آن خود را سازگار کنند و از عقل و دانش خود برای آموزش دلدیزر و تحویل و تحول مسئولیت‌ها به نسل دیگر استفاده کنند.

لذت بردن از افزایش تمایلات جنسی:

هرچند گر گرفتگی و تعریق شبانه ناشی از کاهش استروژن، همراه با کم اثر شدن تستوسترون همراه است، بعضی خانم‌ها ممکن است افزایش تمایلات جنسی را تجربه کنند. در حقیقت پاسخ‌های این خانم‌ها در تمام موارد تعریق شبانه، گر گرفتگی، خواب آشفته، کج خلقی، نگرانی درباره پیرتر بنظر رسیدن و آمادگی برای چاق شدن قطعاً ارتباط پیدا می‌کند. حس عمومی تمایل دارد به علائم ناخوشایندی توجه کند که مواعی در برابر تمایل جنسی هستند. هرچند بعضی تحقیقات، نشان می‌دهد که تعدادی از خانم‌ها افزایش تمایل جنسی را در منویوز تجربه می‌کنند، شاید به دلیل اینکه ترس از بارداری وجود ندارد. همچنین در کسی که بی‌قرار است و خواب آشفته در شب دارد، تمایل جنسی ممکن است تحریک گردد.

بگذارید جوانی آزادانه پرواز کند

از نظر ذهنی، دوره قبل از منویوز اغلب زمان تغییرات بزرگ در زندگی است و دوره "آشیانه تهی" نام گذاشته می‌شود و زنان، نیمه قبلی زندگی را مرور می‌کنند. نگرانی درباره ارتباط با این تغییرات می‌تواند علائم منویوز را بوجود آورد یا بزرگ کند. کسی نمی‌تواند تمام نوسانات خلقی

و زود رنجی‌ها را به هورمون‌ها نسبت دهد. مهم است که هر شخص در طول زندگی‌اش، فاکتورهای ایجاد کننده نگرانی را تشخیص دهد و یاد بگیرد چگونه استرس را اداره کند. با استرس کم، علائم اغلب آرامتر یا ناپدید می‌گردند. وقتی که بچه‌های پرندگان لانه والدین را جهت یافتن غذا، ساختن لانه برای خودشان و پیدا کردن جفت جدید ترک می‌کنند، در سینه مادران پرنده، شادی و غرور بروز می‌کند. بطور مشابه، ترک منزل توسط بچه‌ها باید به عنوان موفقیت بزرگ برای والدین دیده شود. دلالت بر حمایت و سرپرستی عالی دارد که به بچه‌ها کمک می‌کند تا برای فرصت‌های بهتر و هدف‌های بالاتر به جلو پیش بروند. میگویند پیر شدن اندوهناک است اما کامل شدن زیباست!

بهبود قدرت فیزیکی با ورزش

زمانی سلامت و جوانی ذهن با محرک‌های داخلی قوی به حرکت در آورده می‌شود و می‌تواند فرد را به کار عملی هدایت کند. وی ممکن است قدرت فیزیکی داشته باشد اما ورزش نکردن و نداشتن انگیزه کافی موجب یاس و نومیدی در خودش و اطرافیانش شود. اگر خانمی بر هنر مثبت اندیشی تسلط پیدا نکند، در آن وقت گاه گاهی او ممکن است تلاطم و هیجان، آزرده‌گی و خشم، ناهماهنگی و رنج را تجربه کند؛ وقتی که خانمی از هیجان و اضطراب رنج می‌برد، او نمی‌تواند این عاصی بودن را برای خود حفظ کند. او این حالت را به دیگران انتقال می‌دهد. تلاطم به فضای اطراف خانم بدبخت سرایت می‌کند. هرکس که با این خانم در ارتباط قرار می‌گیرد، خصوصاً افراد فامیل نزدیکش، مضطرب و خشمگین می‌گردد. مسلماً این روش مناسبی برای زندگی نیست.

سن بالا از طرف دیگر مواجه شدن شخص با قدرت یا ضعف‌های اخلاقی و محدودیت‌های زندگی است. بنابراین کمبود قدرت فیزیکی با معرفت بیشتر، بخشش، زندگی عمیق‌تر و تماس نزدیکتر با طبیعت روحانی جبران می‌گردد. صاف کردن راه برای یک نگرش مثبت و مرور یارزیابی تجربیات زندگی شخص است.

هرکسی هماهنگی و مسالمت را جستجو می‌کند. زندگی مقدس است. زندگی را جشن بگیرید. از دیگران مراقبت کنید، سرزندگی و نشاط را با کسانی که کمتر از شما خوش شانس هستند شریک شوید.

به امید دیدار



کلید واژه‌ها

- منوپوز= یانسگی = قطع پریرود بیش از یک سال
 ژنیتال= تناسلی
 هیستریکتومی = خارج کردن رحم
 POF = نارسائی زودرس تخمدانها
 واژن= مهبل، واژینال= از راه واژن، واژینیت= التهاب واژن
 ولو= فرج، قسمت خارج واژن
 آندومتر= لایه داخلی رحم
 تخمک گذاری= آزاد شدن تخمک از تخمدان در هر ماه
 پریرود= خونریزی عادت ماهیانه
 فیبروم= توده خوش خیم دیواره عضلانی رحم
 پولیپ= توده غددی خوش خیم دیواره داخلی رحم یا دهانه رحم
 استروژن= هورمون زنانه تخمدان
 تستوسترون، اندروژن = هورمون مردانه تخمدان و غده فوق کلیه که روی فعالیت جنسی اثر دارد.
 DHEA = (دهیدرواپی اندروسترون) از غده آدرنال ترشح می شود.
 لوبریکانت= نرم کننده
 دپرسیون= افسردگی
 فلوکونازل، کنوکونازل، نیستاتین، کلوتریمازل و میکونازل= داروهای ضد قارچ هستند.
 تریکومونا= عفونت انگلی واژن
 مترونیدازل= درمان تریکومونا
 باکتریال واژینوز= عفونت باکتری‌ها در واژن
 آتروفیک= نازکی دیواره
 PH= شاخص اسیدی یا قلیایی بودن
 هموروئید= بواسیر
 پیشابراه= مجرای خروج ادرار
 پرولاپس= بیرون زدگی، افتادگی
 کارونکل= بیرون زدگی مجرای خروج ادرار
 پساری= حلقه
 کولون= روده بزرگ
 رکتال= انتهای روده بزرگ
 هیستروسکوپی= دیدن داخل رحم

- کولپوسکی = بررسی بزرگنمایی دهانه رحم و واژن
پاپ اسمیر = بررسی سلولهای دهانه رحم از نظر بدخیمی
بیوپسی = نمونه برداری
پاتولوژی = آسیب شناسی بافتی
MRI = ام آر آی: تصویر برداری مغناطیسی
کورتاژ = تراشیدن داخل رحم
Pipelle روش پایپل = کورتاژ داخل رحم با یک کورت خیلی ظریف پلاستیکی
تاموکسی فن = داروی تکمیلی سرطان پستان
استئوپنی = استخوان درد - کاهش در محتوای معدنی استخوان
پوکی استخوان = کاهش در تراکم استخوانی با از بین رفتن داربست.
(BMD) = تراکم معدنی استخوان
WHI (Women`s Health Initiative) = زنان پیشگام سلامت
MWS = Millions Women Study = مطالعه یک میلیون زن
بیس فسفونات = درمان دارویی پوکی استخوان
آلدورات = درمان دارویی پوکی استخوان
(SERM) = درمان دارویی پوکی استخوان با اثر شبه هورمونی
رالوکسی فن = درمان دارویی پوکی استخوان اثر شبه هورمونی
کلسی تونین = درمان دارویی پوکی استخوان
سیستوسکوپی = دیدن داخل مثانه
ورزش Kegel = ورزش عضلات کف لگن: انقباض عضلات لگن شبیه به آنکه در حین ادرار
کردن جریان ادرار را با انقباض عضلات قطع کنند.
SI = Stress urinary Incontinence = بی اختیاری ادرار یا سرفه یا خنده
مش mesh = شبیه بافت از مواد مصنوعی
سندروم متابولیکی = شامل چاقی، مقاومت به انسولین (دیابت) و اختلال چربی است.
HRT = Hormone Replacement Therapy = هورمون درمانی جایگزین
آزایمر = زوال عقل
PCOS = سندرم تخمدان پلی کیستیک
BMI = شاخص توده بدن = برآورد وزن با توجه به قد - با تقسیم وزن به مجذور قد به دست می
آید.
ماموگرافی = تصویر برداری پستانها
کانسر = سرطان
ماستکتومی = عمل برداشتن پستان

ترمبوآمبولی (Thromboembolism) = تشکیل و حرکت لخته خونی
واژوموتور = اعصاب محرک رگها، (گرگرفتگی و تعریق)
تیبولون (tibolone) = یک دارویی است که دارای فعالیت ترکیبی استروژنی، پروژسترونی
آندروژنی است.

اسکیزوفرنی = بیماری روانی با ذهن پراکنده

PATCH = چسبها

BRCA = مارکر ژنتیکی برای سرطان پستان و تخمدان

POF = Premature Ovarian Failure = نارسایی زودرس تخمدان

سندرم ترنر = در کشت کروموزومی یک کروموزوم جنسی وجود ندارد.

ART = روشهای کمک باروری

IVF = لقاح مصنوعی

FSH, Inhibin B, AMH = مارکرهای ذخیره تخمدانی

منابع:

- ۱- L. Carter; Psychological Effect Of Menopause; Menopause
- ۲- Center, September ۷, ۲۰۱۵
- ۳- D. Carter; Depression and emotional aspects of the menopause; BCMJ, ۴۳; ۸; ۲۰۰۱
- ۴- A. Deeks, M. Mecabe; Well- being and menopause; Quality of life research, ۱۳,۲, March ۲۰۰۴
- ۵- <http://www.uptodate.com/contents/postmenopausal-hormone-therapy-beyond-the-basics>
- ۶- http://en.wikipedia.org/wiki/Bone#Bone_structure
- ۷- <http://en.wikipedia.org/wiki/Osteoporosis>
- ۸- <http://www.webmd.com/women/hormone-replacement-therapy-۷/risk-vs-benefit>
- ۹- http://www.medscape.com/viewarticle/۵۲۲۴۴۵_۴
- ۱۰- http://endometabol.com/?page=article&article_id=۱۹۳۴
- ۱۱- <http://www.medicinenet.com/menopause/article.htm>
- ۱۲- <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menopause/basics/definition/CON-۲۰۰۱۹۷۲۶>
- ۱۳- <http://www.menopausepower.com/>
- ۱۴- <https://www.mededportal.org/publication/۱۳۴>
- ۱۵- <http://asrm.org/detail.aspx?id=۸۶>
- ۱۶- Jonathan S Berek; Novak's Textbook of Gynecology; ۱۵th (fifteenth) Edition, published by Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA, USA ۲۰۱۲
- ۱۷- Marc A. Fritz, Leon Speroff; Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Eighth edition, published by Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA, USA ۲۰۱۰.

Vagisan®

well-being in the intimate area

خشکی واژن یکی از اختلالات رایج میان بانوان در تمام سنین است.

مشکل خشکی واژن می تواند در اثر عوامل مختلفی ایجاد گردد:

- ۱- کاهش سطح استروژن در دوران یائسگی
- ۲- عوارض ناشی از درمان های مربوط به سرطان (شیمی درمانی، رادیو تراپی و درمان های آنتی استروژن)
- ۳- تغییر سطح هورمون ها در دوران بارداری و شیردهی
- ۴- استفاده از قرص های ضد بارداری
- ۵- اثرات جانبی مصرف داروهای مربوط به دیابت، اعصاب، آسم و...



● مرطوب کننده قوی واژینال (فاقد هرگونه هورمون)

● قابل استفاده در بیماران مبتلا به سرطان

● قابل مصرف در طول دوران بارداری و شیردهی

DR·WOLFF



Made in Germany
www.vagisan.ir

بازرگانی سینا تجارت پیشگام نماینده انحصاری محصولات واژیسان در ایران
تلفن اطلاعات: (۰۲۱) ۸۸۶۰۰۷۰۷ - ۰۲۱ تلفن مشاوره (بانوان): ۰۹۱۲-۶۴۵۹۵۱۰



در زندگی به ایستگاه یانسگی رسیده‌اید. زندگی هر کسی مانند بافته شدن قالی با نقش‌ها و رنگ‌های متفاوت است. هیچ قسمت از این فرش زندگی را نمی‌توانید حتی اگر ناخوشایند بوده باشد انکار کنید؛ پس با انگیزه و امیدواری، قسمت سوم فرش زندگی‌تان را آن‌طور که شایسته‌ی وجود شماست ببافید، زیرا شما اکنون حس زندگی کردن را بهتر می‌شناسید.



www.radmehrpub.ir

