



مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس



آنچه در مورد سندرم تخمدان پلی کیستیک باید بدانید

گروه هدف:

- این محتوا برای ارائه دهندگان خدمت سطح اول شامل پزشک عمومی/ماما/ماما مراقب جهت آموزش و آگاه سازی زنان متاهل سنین باروری (54-10 سال) و دختران مجرد (حداقل دو سال پس از شروع اولین قاعدگی) می باشد.

اهداف:

- آشنایی با علائم و نشانه های تخمدان پلی کیستیک
- آشنایی با علل و عوامل تاثیرگذار بر بروز تخمدان پلی کیستیک
- آشنایی با مداخلات و توصیه های پیشگیرانه
- خودارزیابی با استفاده از پرسشنامه

این متن صرفاً جنبه افزایش آگاهی و آموزشی داشته و ارزیابی و مراقبت ها بایستی بر اساس دستورالعمل ماده 42 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و بسته های خدمتی اداره جوانی جمعیت صورت پذیرد. این متن برای دختران مجرد و زنان متاهل تهیه شده است. موارد مشخص شده به صورت **هایلایت زرد رنگ** در آموزش دختران مجرد حذف شود.

آنچه در مورد سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCO) باید بدانید

(Polycystic Ovary Syndrome)

مقدمه:

تخمدان پلی کیستیک (PCOs)¹ بیماری نسبتاً شایعی در خانم های سنین باروری (54 تا 10 سال) است. این سندرم علت اصلی نازایی به دلیل عدم تخمک گذاری است (80٪) و شایعترین عامل رشد موهای زائد در دختران و زنان می باشد. تقریباً نیمی از مبتلایان به تنبلی تخمدان چاق هستند و اختلال متابولیسم قند و ترشح انسولین نیز در آنها دیده می شود. شیوع این بیماری حدود 6 تا 10 درصد می باشد.

سندرم تخمدان پلی کیستیک مانند همه سندرم ها، شامل مجموعه ای از علائم است که ممکن است با هم یا به تنهایی مشاهده شوند. در حقیقت این بیماری مجموعه ای از مشکلاتی است که همزمان با هم اتفاق می افتند، البته همه دختران و زنان مبتلا به این بیماری ممکن است تمام علائم را با هم نداشته باشند. در تخمدان پلی کیستیک تخمک گذاری ماهیانه اتفاق نمی افتد، بنابراین پرئود نامنظم می شود و سطح آندروژن ها (هورمون مردانه) بالا می رود. به همین دلیل یکی از نشانه های استرس زای این بیماری، ناباروری است. البته این بدان معنا نیست که فرد مبتلا اصلاً باردار نخواهد شد، بلکه ممکن است دیرتر باردار شود یا برای بارداری نیاز به تنظیم قاعدگی و درمان کمکی داشته باشد. در واقع تعداد زیادی از این افراد باردار خواهند شد. همچنین با توجه به ارتباط معنادار و مستقیم افزایش وزن، مصرف دخانیات، عدم فعالیت و ورزش روزانه، کمبود مواد معدنی و آهن با ایجاد و تشدید سندرم تخمدان پلی کیستیک اقداماتی مانند اصلاح سبک زندگی مهمترین عامل در پیشگیری و درمان این بیماران می باشد. تقریباً 60 درصد زنان و دختران مبتلا به این سندرم، چاق هستند اما بعضی ممکن است اضافه وزن نداشته باشند. این بیماران در معرض خطر مشکلات متابولیک مانند دیابت و هیپرلیپیدمی هستند و در بعضی بیماران برای القای تخمک گذاری نیاز به دارو دارند. اگر چه سندرم تخمدان پلی کیستیک کاملاً قابل درمان نیست ولی با بعضی داروها علائم آزاردهنده بیمار بهبود پیدا می کند. خیلی از زنان مبتلا به سندرم می توانند زندگی معمولی داشته باشند بدون اینکه مشکلی داشته باشند.

علائم شایع بیماری تخمدان پلی کیستیک عبارتند از:

1- قاعدگی نامنظم یا عدم قاعدگی:

شایعترین علامت بیماری تخمدان پلی کیستیک اختلالات قاعدگی است. ممکن است بسیاری از موارد این بیماری در زنان و دختران مبتلا خود را با قاعدگی نامنظم و با فواصل طولانی (بیش از 35 روز) نشان دهد. البته امروزه مشخص شده است که این بیماری قبل از بلوغ با اختلال در تنظیم هورمون ها و افزایش تدریجی وزن شروع شده ولی علائم آن در دوران بلوغ نمایان می شود. گاهی ممکن است پیشرفت این بیماری به علت عدم توجه به نظم قاعدگی توسط نوجوان یا والدین وی منجر به بروز دیگر علائم دیررس از جمله ناباروری گردد و در این صورت متأسفانه تشخیص این مسئله معمولاً تا پس از ازدواج به تأخیر می افتد. بنابراین در زنان و دختران مبتلا به تخمدان پلی کیستیک، اختلال هورمونی ناشی از عدم تخمک گذاری سبب بی نظمی در قاعدگی می گردد که از خانمی به خانم دیگر متفاوت و شامل موارد زیر است:

¹ Polycystic Ovary Syndrome

- قاعدگی نامنظم (فاصله قاعدگی های بیش از 35 روز)
- قاعدگی با حجم خونریزی زیاد
- عدم قاعدگی (به مدت بیش از 6 ماه)

2- رشد موهای زاید:

افزایش هورمون های مردانه در دختران و زنان مبتلا به این بیماری موجب افزایش رشد و تعداد موهای زاید می گردد. این افزایش در ناحیه صورت، پشت، شکم، نوک پستانها و رانها دیده می شود. افزایش رشد مو در تعداد زیادی از دختران مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک دیده می شود. معمولاً این علامت در فاصله 12-16 سالگی شروع می شود. ممکن است فرد مبتلا و خانواده وی به جای مراجعه به پزشک و درمان بیماری، برای مدتها صرفاً به حذف موهای زاید بپردازند و بدین ترتیب متأسفانه درمان بیماری با تاخیر همراه می باشد.

3- نازک شدن و ریزش موهای سر:

نازک شدن و ریزش موهای سر در حدود 40 تا 70 درصد از دختران و زنان مبتلا به بیماری پلی کیستیک تخمدان اتفاق می افتد و موجب اضطراب و ناراحتی وی می شود. این مشکل ناشی از افزایش هورمون های مردانه است. البته باید به یاد داشت ریزش 150-100 تار موی سر در روز طبیعی بوده و ریزش بیشتر از آن که معمولاً پس از شستن یا هنگام شانه زدن موی سر دیده می شود، می تواند از علایم این بیماری باشد.

4- چرب بودن پوست و جوش صورت (آکنه):

این علامت نیز ناشی از افزایش هورمون های مردانه می باشد. جوشها (آکنه) روی صورت، پشت، سایر نقاط بدن ظاهر می گردند. هرچند جوش صورت در سن بلوغ دیده می شود ولی در مبتلایان به بیماری تخمدان پلی کیستیک، آکنه در هر سنی حتی غیر از سن بلوغ شایع است. این جوش ها برخلاف جوش های معمولی به راحتی به درمان پاسخ نمی دهند. در برخی موارد به علت افزایش هورمون های مردانه پوست گردن، کشاله ران، زیر بغل و اندام تناسلی به رنگ تیره در می آید.

5- افزایش وزن و افزایش چربی شکمی:

بیماری تخمدان پلی کیستیک در دخترانی که وزن بالا دارند یعنی نمایه توده بدنی² آنها بیش از 27 است، نسبت به دختران دارای وزن طبیعی بیشتر دیده می شود. بالاتر بودن هورمون های مردانه سبب تغییراتی در بافت چربی شکم می گردد که باعث بیشتر شدن چاقی شکمی در این افراد می شود. معمولاً افراد مبتلا خیلی راحت افزایش وزن پیدا می کنند ولی با وجود رژیم های غذایی به سختی وزن آنها کاهش پیدا می کند.

6- تاخیر یا مشکل در باردار شدن:

به علت نامنظم شدن فاصله قاعدگی ها، معمولاً زمان تخمک گذاری در دختران و زنان مبتلا به تخمدان پلی کیستیک نامشخص است. در حالت طبیعی، در هر دوره قاعدگی از یکی از تخمدان ها، یک تخمک آزاد می شود. معمولاً فاصله تخمک گذاری تا قاعدگی بعدی ثابت و 14 روز است. بنابراین، تخمک گذاری در افرادی که دوره های قاعدگی منظم 28 (روزه) دارند، در حوالی روز چهاردهم یعنی 14 روز قبل از شروع قاعدگی بعدی اتفاق می افتد، ولی در دختران مبتلا به این بیماری، به علت نامنظم بودن فواصل قاعدگی نمی توان زمان تخمک گذاری را حدس زد و همین تخمک گذاری نامنظم ممکن است احتمال باروری را کاهش دهد.

² منظور از نمایه توده بدنی نسبت وزن (به کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر) می باشد.

در موارد زیادی ممکن است خونریزی قاعدگی اتفاق بیفتد، ولی به خاطر اختلالاتی که در تنظیم هورمون ها وجود دارد، قاعدگی با تخمک گذاری همراه نباشد. البته تمام خانم های مبتلا به بیماری پلی کیستیک مشکل باروری ندارند و حتی برخی از آنان به طور طبیعی و بدون درمان دارویی باردار می شوند.

توجه داشته باشید که علائم و نشانه های سندرم تخمدان پلی کیستیک در افراد مختلف با یکدیگر متفاوت است. با این حال مبتلایان به این بیماری سه مشکل اصلی و مشترک دارند: دوره های قاعدگی نامنظم، ترشح هورمون مردانه و ابتلا به کیست تخمدان.

علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک در نوجوانان:

تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک در نوجوانان پیچیده است زیرا بعد از شروع قاعدگی ممکن است مدتی طول بکشد تا پریود منظم شود و یا شواهدی از آکنه در دوران بلوغ نرمال باشد. در هر حال در صورت وجود علائم زیر باید سندرم تخمدان پلی کیستیک مد نظر باشد: 1- اگر قاعدگی نامنظم باشد بخصوص اینکه نامنظمی بیش از دو سال از شروع قاعدگی طول بکشد.

2- علائمی از پرمویی، آکنه مقاوم به درمان و ریزش مو وجود داشته باشد. 3- چاقی مرکزی و علائمی از آکانتوزیس نیگریکانس (تیرگی و مخملی شدن پوست در چین های بدن در گردن، زیر بغل و کشاله ران) وجود داشته باشد. هم چنین اگر قاعدگی بعد از 16 سال شروع نشود.

آزمایش هورمون های مردانه به تشخیص کمک می کند. اما سونوگرافی برای تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک در نوجوانان کمک کننده نیست. اگر بیمار دو علامت از موارد فوق را داشته باشد تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک مدنظر باشد. ولی اگر بیمار یک علامت داشته باشد در خطر می باشد و باید پیگیری شود.

علل بیماری تخمدان پلی کیستیک:

علت این بیماری ناشناخته است. اعتقاد بر این است که عدم تعادل هورمون های هیپوفیز و تولید بالای هورمون های مردانه در تخمدان با عملکرد نرمال آن تداخل می کنند. همچنین این بیماری گاهی در برخی خانواده ها بیشتر دیده می شود، بنابراین اگر هریک از وابستگان فرد مانند مادر، خاله و یا خواهر او مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک باشند، احتمال ابتلای فرد به این بیماری بیشتر می شود.

وجه برجسته در ایجاد این بیماری اختلال در ترشح هورمون های جنسی در بدن زنان است که منجر به وقوع اتفاقات و بروز کیست هایی می شود. این کیست ها همان فولیکول های کوچکی هستند که در طی یک دوره معمول قاعدگی به تدریج بزرگتر شده و منجر به تخمک گذاری می شوند ولی در این افراد تعداد زیادی فولیکول شروع به رشد می کنند اما به علت اختلال هورمونی، رشد آنها متوقف شده و همان طور کوچک باقی می مانند و در سونوگرافی مثل گردن بند دور تا دور تخمدان را می گیرند. علاوه بر نقش این فاکتور ها در ابتلای افراد، سبک زندگی نیز می تواند عامل زمینه ساز دیگری در بروز تخمدان پلی کیستیک باشد.

چه افرادی مستعد سندروم تخمدان پلی کیستیک هستند؟

- سابقه خانوادگی: به نظر می رسد سابقه خانوادگی و ژنتیک نقش مهمی در بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک دارد. ۵۰ درصد از زنانی که به این بیماری مبتلا هستند، سابقه ابتلای خواهر و 35 درصد از افراد سابقه ابتلای مادر خود را دارند.

- مقاومت به انسولین: تقریباً ۷۰ درصد از زنان مبتلا به PCOS، نسبت به انسولین مقاومت دارند. وقتی سلول ها از انسولین به درستی استفاده نکنند، نیاز بدن افزایش یافته و در نتیجه غده پانکراس مقدار بیشتری از این هورمون را تولید می کند. تولید انسولین

اضافی منجر به تحریک تخمدان‌ها شده و مقادیر بیشتری از هورمون‌های مردانه (تستوسترون) تولید می‌شود. مقاومت به انسولین نقش مهمی در بروز علائم و عوارض سندرم تخمدان پلی کیستیک دارد.

- **اضافه وزن:** افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی نیز می‌تواند در به وجود آمدن علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک نقش مهمی داشته باشد. افزایش وزن مقاومت به انسولین را تشدید می‌کند که خود زمینه بروز بیماری تخمدان پلی کیستیک را فراهم می‌کند. دیابت نوع 1 و 2 و دیابت بارداری، خطر ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک را بالا می‌برد.

تشخیص بیماری تخمدان پلی کیستیک:

بیماری تخمدان پلی کیستیک را نمی‌توان با یک آزمایش تشخیص داد. پزشک/ماما با توجه به علائم مختلف این بیماری و با پرسیدن سابقه بیماری، معاینه، سونوگرافی و آزمایش خون این بیماری را تشخیص خواهد داد:

1- تاریخچه پزشکی:

در بررسی سوابق پزشکی، پزشک/ماما درباره الگوی قاعدگی، تغییرات وزن و علائم دیگر بیماری تخمدان پلی کیستیک مانند رشد موهای زاید سوال خواهد کرد.

2- معاینه کلی :

فشارخون، وزن، قد، نمایه توده بدنی و دورکمر توسط پزشک/ماما اندازه گیری می‌شود. چگونگی رشد مو در قسمت‌های مختلف بدن مثل زیر چانه، صورت، پشت، شکم، ران و سینه بررسی می‌گردد. بدیهی است که بررسی رشد مو در صورتی به درستی انجام خواهد شد که در فاصله چند روز گذشته موهای بدن کوتاه نشده باشد. همچنین نازک شدن و ریزش موی سر نیز بررسی خواهد شد.

3- آزمایش خون:

آزمایش خون برای اندازه گیری هورمون‌ها، بویژه هورمون‌های جنسی و مردانه انجام می‌شود. همچنین میزان کلسترول، چربی‌ها و قندخون هم اندازه گیری می‌شود.

4- سونوگرافی:

با توجه به اینکه در این بیماری، تخمدانها دچار تعداد زیادی کیست می‌شوند، انجام سونوگرافی برای بررسی وضعیت تخمدان‌ها و وجود کیست در آن، تعداد و اندازه کیست‌ها بسیار کمک‌کننده است. باید توجه داشت که این کیست‌های ریز نیازی به جراحی ندارند.

چه خطراتی زنان مبتلا به PCOS را تهدید می‌کند؟

برخی از این خطرات به اختلال تخمک‌گذاری و عدم وقوع پیوند به صورت منظم ارتباط دارد. وقتی تخمک‌گذاری اتفاق نمی‌افتد، چرخه معمول هورمون قطع و باعث می‌شود که دیواره رحم در معرض سطح ثابت استروژن قرار گیرد، به این ترتیب، لایه آندومتر بیش از حد ضخیم شده و باعث خونریزی‌های غیرطبیعی در خانم می‌شود. همچنین ممکن است منجر به سرطان آندومتر یا مقدمه شروع تغییرات پیش سرطانی شود. به علاوه، عدم تخمک‌گذاری منظم، می‌تواند ناباروری هم ایجاد کند. ضمن آنکه، سندرم متابولیک در زنان مبتلا به PCOS شایعتر است. علائم سندرم متابولیک شامل چاقی شکمی، کلسترول بالا، فشار خون بالا و مقاومت به انسولین

یا دیابت است. هر یک از این علائم، خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهد. نکته مهم آن است که چاقی در زنان مبتلا به PCOS شایع است.

پیشگیری

با اصلاح سبک زندگی می‌توان از بروز نشانه‌ها و عوارض این بیماری و پیشرفت آن به سوی مشکلات طبی جلوگیری کرد. از همین رو تشخیص زودهنگام می‌تواند از عوارض طولانی مدت مانند ناباروری، چاقی، دیابت و بیماری قلبی جلوگیری کند. شیوه زندگی سالم ضمن بهبود مشکلات هورمونی به کاهش علامت‌های بیماری کمک نموده و تخمک‌گذاری را بهبود می‌بخشد.

اصل مهم در درمان و پیشگیری تخمدان پلی کیستیک: اصلاح سبک زندگی

تدابیر لازم جهت اصلاح سبک زندگی و حفظ تندرستی

رعایت برخی اصول خود مراقبتی توسط دختران و زنان به درمان و کنترل علائم بیماری کمک خواهد کرد. برخی از این اصول به شرح زیر هستند:

- داشتن رژیم غذایی متعادل (شامل میوه، سبزی، غلات کامل، محصولات کم چرب)
- فعالیت فیزیکی منظم
- کنترل و کاهش وزن
- عدم مصرف دخانیات
- مراقبت از پوست و مو

اولین خط درمانی در سندرم تخمدان پلی کیستیک تغییر سبک زندگی مانند کاهش وزن و تغذیه صحیح است. کاهش تنها 2 تا 5 درصد از وزن بدن می‌تواند به تنظیم چرخه قاعدگی و بهبود علائم PCOS کمک کند. در ضمن کاهش وزن، خطر ابتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی را کاهش می‌یابد. همچنین، در بسیاری از زنان مبتلا به PCOS سطح آندروژن، کلسترول و انسولین را هم کاهش می‌دهد. هر رژیمی که به شما در کاهش وزن کمک کند می‌تواند به بهبود شرایط شما کمک کند. با این حال، برخی از رژیم‌های غذایی ممکن است دارای مزایایی نسبت به رژیم‌های دیگر باشند. مطالعات مقایسه رژیم‌های غذایی برای PCOS نشان داده است که رژیم‌های کم کربوهیدرات هم برای کاهش وزن و هم برای کاهش سطح انسولین موثر هستند. رژیم غذایی شامل میوه‌ها، سبزیجات و غلات کامل می‌تواند به تنظیم بهتر چرخه قاعدگی کمک کند. چندین مطالعه نشان داده است که 30 دقیقه ورزش با شدت متوسط حداقل 3 روز در هفته می‌تواند به کاهش وزن زنان مبتلا به PCOS کمک کند. ضمن آنکه، کاهش وزن با ورزش باعث بهبود تخمک‌گذاری و کاهش سطح انسولین می‌شود. همچنین این کار، می‌تواند شانس باروری را افزایش دهد. در صورتی که ورزش همراه با یک رژیم غذایی سالم انجام شود بسیار مفیدتر است. رژیم غذایی به علاوه ورزش به شما کمک می‌کند تا وزن بیشتری نسبت به رژیم یا ورزش به تنهایی کم کنید و خطرات دیابت و بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد.

در مجموع باید در نظر داشت که درمان هر فرد باید متناسب با نیازها، علائم و شرایط خاص هر خانم می‌باشد و ممکن است با گذشت زمان تغییر کند. همچنین کاهش وزن ممکن است اثربخشی داروهایی را که پزشک شما برای علت سندرم تخمدان پلی کیستیک، توصیه کرده است، افزایش دهد.

رعایت توصیه های طب ایرانی نظیر:

- داشتن پوشش مناسب از ناف تا نوک پا برای حفظ گرمی در این نواحی
- استفاده از پیش بند حین شستن ظرف.
- استفاده از پاپوش و دمپایی حین راه رفتن روی سرامیک و سطوح سرد.
- پرهیز از پوشیدن لباس های تنگ.
- رعایت بهداشت خواب و توصیه به خواب در نیمه اول شب برای تنظیم ترشح ملاتونین در بدن حداقل 5 ساعت (تنظیم زمان خواب طوری که شروع خواب قبل از ساعت 11 شب باشد).
- پرهیز از مصرف دخانیات، قلیان، الکل.
- انجام ورزش سبک هوازی (حداقل نیم ساعت پیاده روی سه روز در هفته داشته باشید).
- کنترل حالات روحی و اضطراب به کمک تنفس عمیق و استفاده از آموزه ها و تکالیف معنوی دینی.
- نظم در عادات غذا خوردن و توجه به مصرف شام زودهنگام.
- پرهیز از ریزه خواری و مصرف چند نوع غذا در یک وعده.
- پرهیز از نوشیدن آب سرد در حالت ناشتا.
- پرهیز از مصرف قندهای ساده و مواد غذایی حاوی شکر و غذاهایی مانند سوسیس و کالباس و کنسرو ها.
- پرهیز از مصرف مایعات، سالاد و ماست همراه با غذا و بلافاصله بعد غذا.
- خودداری از نشستن در مکان های سرد مخصوصاً در هنگام خونریزی قاعدگی.
- اجتناب از شستن ناحیه تناسلی با آب سرد در ایام خونریزی قاعدگی و خصوصاً در روزهای خونریزی زیاد.
- ماساژ ملایم ناحیه زیر شکم 2-3 بار در روز با روغن بابونه یا روغن گل سرخ.
- پرهیز از مصرف چای پررنگ، قهوه، نوشابه گازدار و میوه و سبزیجات یخ زده.
- تدابیر برای کاهش وزن: تلطیف و تقلیل غذا (کم کردن حجم غذا و کاهش کالری آن، استفاده از غذاهای سبک و زودهضم به جای غذاهای سنگین و دیرهضم)، انجام ورزش قبل غذا، نوشیدن شربت هایی مثل شربت لیمو و سکنجبین به جای آب، استحمام در زمان ناشتا.

توصیه های غذایی طب ایرانی بویژه در صورت افزایش وزن:

- ✓ تناسب وزن در تنظیم و برقراری قاعدگی طبیعی اهمیت دارد بنابراین وزن خود را به تناسب برسانید.
- ✓ مصرف کربوهیدرات ها (نان، برنج و شیرینی ها) و چربی ها را کمتر کنید و بیشتر از فیبرها (میوه و سبزی) استفاده کنید.
- ✓ وعده صبحانه فراموش نشود.
- ✓ ماست و دوغ و نوشابه همراه غذا مصرف نکنید.
- ✓ چاشنی رب انار شیرین یا ملس همراه غذا مصرف کنید.
- ✓ مصرف غذاهای کنسروی، فست فودها و خوراکیهای نمک سود، ترشی ها، شورها و تندى ها، غذاهای غلیظ و سخت هضم مانند الویه، کلم، قارچ و انواع غذاهای رشته ای مانند ماکارونی و نودل و مصرف قهوه، چای پررنگ و نوشیدنی های سرد را کمتر کنید.

- ✓ بیشتر از قبل سبزیجات تازه یا پخته به صورت سوپ، آش، خورش یا خوراک مانند کدو سبز، کدو حلوائی، اسفناج، گشنیز، بامیه، کرفس، لوبیاسبز، فسنجان با بادام، هویج، آلو، نخود (نخوداب) و ماش یا سبزی پلو، گشنیز پلو، لوبیاپلو، هویج پلو، ته چین اسفناج ± گوشت گوسفندی، مرغ جوان کوچک، کبک یا بلدرچین و ماهی استفاده کنید.
- ✓ سیر و پیاز، شوید، زیره، آویشن، گشنیز، نعنا و پونه، زعفران و زنجبیل در حد متعادل به غذا اضافه کنید.
- ✓ میوه های مفید: سیب، به، گلابی، انار، بادام، انگور یا مویز، انجیر.
- ✓ نوشیدنی های مفید: شربت سکنجبین، شربت انار، لیمو یا زرشک، شربت آب و عسل گرم (در صورت دیابت محدود شود)، شربت جلاب (گلاب و زعفران)، شربت خاکشیر، دمنوش به و سیب، بابونه، گل سرخ.
- ✓ آجیل کم نمک یا بی نمک، نان سبوس دار، غلات کامل، کنجد مصرف کنید.
- ✓ اگر از مکمل ویتامین د استفاده نمی کنید، مطمئن شوید کمبود ویتامین د ندارید.

ناباروری در زنان مبتلا به PCOS چگونه درمان می شود؟

یکی از راه های درمان ناباروری در بیماران مبتلا به PCOS تحریک تخمک گذاری با استفاده از دارو است. کلومیفن سیترا و لتروزول داروهای خوراکی هستند که برای تحریک تخمک گذاری بیماران مبتلا به PCOS معمولاً تجویز می شود. در صورت عدم موفقیت در ایجاد تخمک گذاری با داروهای خوراکی، ممکن است پزشک معالج شما داروهای تحریک کننده تخمدان به نام گنادوتروپین تجویز نماید. به دلیل اینکه ممکن است در هنگام استفاده از این داروها، تحریک بیش از حد تخمدان رخ دهد، لازم است که این خانمها در زمان استفاده از این داروها به صورت دقیق تحت کنترل باشند. اگر خانمی اضافه وزن داشته باشد، کاهش وزن می تواند به بهبود الگوی تخمک گذاری و افزایش شانس باروری کمک کند. داروهای حساس به انسولین مانند متفورمین هم می تواند در افزایش شانس تخمک گذاری کمک کنند، به علاوه استفاده از متفورمین ممکن است خطر ابتلا به دیابت یا سندرم متابولیک را کاهش دهد.

خلاصه

بیماری تخمدان پلی کیستیک به مجموعه ای از علائم و نشانه ها گفته می شود که شامل بی نظمی یا عدم قاعدگی، چاقی، آکنه و افزایش موهای زاید بدن، نازک شدن و کاهش موی سر می باشد. یکی از عوارض مهم و آزاردهنده این بیماری تاخیر در بارداری و ناباروری است.

در دختران و زنان مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک، احتمال چاقی، دیابت، فشارخون بالا و بیماری قلبی بیشتر است. از آنجا که علائم و عوارض این بیماری وابسته به اختلال قاعدگی و افزایش هورمون های مردانه است، پس بی نظمی قاعدگی باید جدی گرفته شود. با درمان های پزشک معالج خطر عوارض به حداقل کاهش پیدا می نماید.

پرسشنامه خود ارزیابی برای ابتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک

دخترانی این پرسشنامه را برای خود ارزیابی تکمیل کنند که ۵۴-۱۰ سال دارند و حداقل دو سال از شروع قاعده شدن شان می گذرد.

۱- فاصله بین دو قاعدگی (اولین روز یک قاعدگی تا اولین روز قاعدگی بعدی) بطور متوسط چقدر طول می کشد؟ فقط یکی را انتخاب کنید

۱- کمتر از ۲۵ روز

۲- ۲۵ الی ۳۴ روز

۳- ۳۵ الی ۶۰ روز

۴- بیش از ۶۰ روز

جواب های ۳ و ۴ یک نمره

۲- در طی سال های قاعدگی (غیر از زمان حاملگی) آیا رشد موهای ضخیم و تیره داشته اید؟ تمام مواردی را که داشته اید علامت بزنید

۱- بالای لب ۲- چانه ۳- سینه ها ۴- بین دو پستان ۵- پشت ۶- باسن ۷- بالای بازو ۸- بالای ران
در صورت پاسخ مثبت به سه مورد یا بیشتر از موارد فوق یک نمره

۳- آیا سابقه وزن بالا یا چاقی زیاد را داشتید؟ فقط یکی را علامت بزنید

☐ بلی ☐ خیر

در صورت پاسخ بلی = یک نمره

۴- آیا سابقه ناباروری داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

در صورت پاسخ بلی = یک نمره

۵- آیا هیچوقت ترشح شیری رنگ از نوک سینه ها (بجز زمان های بارداری یا شیردهی) داشته اید:

☐ بلی ☐ خیر

جواب بلی = یک نمره منفی (یک نمره کم شود)

جواب خیر = صفر نمره

نتیجه:

اگر نمره ۲ یا بیشتر داشته اید احتمال بیماری تخمدان پلی کیستیک مطرح است. به پزشک / ماما مراجعه کنید.

اگر نمره کمتر از ۲ را کسب کرده اید احتمال بیماری تخمدان پلی کیستیک مطرح نیست.

منابع

1. Mumusoglu S, Yildiz BO. Polycystic ovary syndrome phenotypes and prevalence: differential impact of diagnostic criteria and clinical versus unselected population. Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research. 2020 Jun 1;12:66-71.
2. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome, Fertil Steril 81:19, 2004.
3. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS), Hum Reprod 19:41, 2004.

4. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE, Witchel SF; Task Force on the Phenotype of the Polycystic Ovary Syndrome of The Androgen Excess and PCOS Society, The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report, *Fertil Steril* 91:456, 2009.
5. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2018; 110:364.
6. Rosenfield RL, Ehrmann DA. The pathogenesis of polycystic ovary syndrome (PCOS): the hypothesis of PCOS as functional ovarian hyperandrogenism revisited. *Endocrine reviews*. 2016 Oct 1;37(5):467-520.
7. Kahsar-Miller MD, Nixon C, Boots LR, Go RC, Azziz R. Prevalence of polycystic ovary syndrome (PCOS) in first-degree relatives of patients with PCOS. *Fertility and sterility*. 2001 Jan 1;75(1):53-8.
8. Kauffman RP, Baker VM, Dimarino P, et al. Polycystic ovarian syndrome and insulin resistance in white and Mexican American women: a comparison of two distinct populations. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:136
9. Yildiz BO, Knochenhauer ES, Azziz R. Impact of obesity on the risk for polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008 Jan 1;93(1):162-8.
10. Conn JJ, Jacobs HS, Conway GS. The prevalence of polycystic ovaries in women with type 2 diabetes mellitus. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2000; 52:81.
11. Ibáñez L, Dimartino-Nardi J, Potau N, Saenger P. Premature adrenarche--normal variant or forerunner of adult disease? *Endocr Rev* 2000; 21:671.
12. Joffe H, Taylor AE, Hall JE. Polycystic ovarian syndrome—relationship to epilepsy and antiepileptic drug therapy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2001 Jul 1;86(7):2946-9.
13. Johnson T, Kaplan L, Ouyang P, Rizza R. National Institutes of Health evidence-based methodology workshop on polycystic ovary syndrome (PCOS). NIH EbMW Report. Bethesda, National Institutes of Health. 2012;1:1-4.
14. Stein I, Leventhal M. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 29:181
15. DeUgarte CM, Bartolucci AA, Azziz R. Prevalence of insulin resistance in the polycystic ovary syndrome using the homeostasis model assessment. *Fertil Steril* 2005; 83:1454
16. Wild RA, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the

Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95:2038

17. Tasali E, Van Cauter E, Ehrmann DA. Relationships between sleep disordered breathing and glucose metabolism in polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:36.
18. Berni TR, Morgan CL, Berni ER, Rees DA. Polycystic Ovary Syndrome Is Associated With Adverse Mental Health and Neurodevelopmental Outcomes. J Clin Endocrinol Metab 2018; 103:2116.
19. Rosenfield RL. Perspectives on the International Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020; 33:445. 1
20. Gottschau M, Kjaer SK, Jensen A, et al. Risk of cancer among women with polycystic ovary syndrome: a Danish cohort study. Gynecol Oncol 2015; 136:99.
21. Ehrmann DA, Liljenquist DR, Kasza K, et al. Prevalence and predictors of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:48.
22. Salley KE, Wickham EP, Cheang KI, et al. Glucose intolerance in polycystic ovary syndrome--a position statement of the Androgen Excess Society. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92:4546.
23. Moran LJ, Brinkworth G, Noakes M, Norman RJ. Effects of lifestyle modification in polycystic ovarian syndrome. Reproductive biomedicine online. 2006 Jan 1;12(5):569-78.
24. Vrbikova J, Cibula D, Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome, Hum Reprod Update 11:277, 2005.
25. Lord JM, Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis, BMJ 327:951, 2003.
26. Legro RS, Brzyski RG, Diamond MP, et al., Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome, N Engl J Med 371:119, 2014.
27. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Role of metformin for ovulation induction in infertile patients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a guideline, Fertil Steril 108:426, 2017.