

۷ کارنیل، بزرگترین شبکه موفقیت ایرانیان می باشد، که افرادی زیادی توانسته اند با آن به موفقیت برسند، فاطمه رتبه ۱۱ کنکور کارشناسی، محمد حسین رتبه ۶۸ کنکور کارشناسی، سپیده رتبه ۳ کنکور ارشد، مریم و همسرش راه اندازی تولیدی مانتو، امیر راه اندازی فروشگاه اینترنتی، کیوان پیوستن به تیم تراکتور سازی تبریز، میلاد پیوستن به تیم صبا، مهسا تحصیل در ایتالیا، و.... این موارد گوشه از افرادی بودند که با کارنیل به موفقیت رسیده اند، شما هم می توانید موفقیت خود را با کارنیل شروع کنید.

برای پیوستن به تیم کارنیلی های موفق روی لینک زیر کلیک کنید.

www.karnil.com

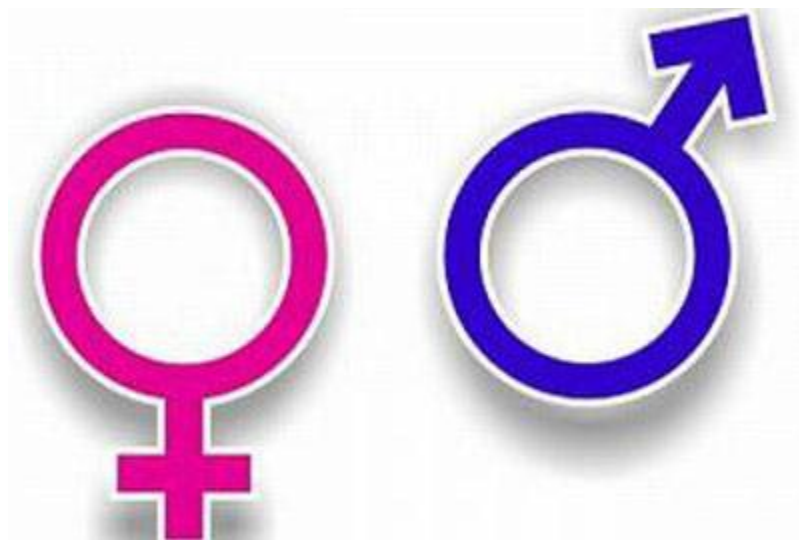
همچنین برای ورود به کانال تلگرام کارنیل روی لینک زیر کلیک کنید.

<https://telegram.me/karnil>

شایعترین اختلال جنسی در مردان

تنظیم کننده رضا پوردست گردان میکروبیولوژیست

آبان ۱۳۹۴



مقدمه

در اکثر موجودات دو جنس مذکر و مؤنث وجود دارد و هر جنس دستگاه تناسلی مخصوص خود دارد. دستگاه تناسلی در هر جنس شکل و ساختار خاص خود را دارد. اما وظیفه آنها در هر حال تولید، تغذیه و انتقال تخمک در زن (و اسپرم) در مرد است.

وجود این دو سلول برای تشکیل سلول اول جنین یعنی تخم لازم است. بر خلاف دستگاه تناسلی زنان که همه اجزاء آن در داخل لگن قرار گرفته است، اجزاء دستگاه تناسلی مردان هم در داخل و هم در خارج لگن قرار دارند. دستگاه تناسلی مردانه شامل قسمتهای زیر است.

بیضه ها

لوله ها خارج کننده به نام اپی دیدیم و وازدفران

غدد ضمیمه شامل پروستات و غدد منی ساز

آلت مردانه

در مردی که به بلوغ رسیده است، دو بیضه که در داخل کیسه بیضه در خارج بدن قرار گرفته اند وظیفه تولید و نگهداری میلیونها سلول اسپرم را بر عهده دارند. بیضه ها تخم مرغی شکل هستند و حدود

سانتی متر طول و ۳ سانتی متر قطر دارند ۵

بیضه ها علاوه بر تولید و نگهداری اسپرم، بخشی از دستگاه غدد درون ریز بدن هستند که هورمونهای

مردانه مانند تستوسترون را تولید می کنند

تستوسترون نقش اساسی در بلوغ پسر دارد و با پیشرفت بلوغ، بیضه ها مقدار بیشتری از این هورمون

تولید می کنند

تستوسترون هورمونی است که باعث می شود پسران صدای بم تر و کلفت تری پیدا کنند، بدنشان

عضلانی

شود، موهای بدن و صورتشان رشد کند. این هورمون همچنین تولید اسپرم را تحریک می کند

اپی دیدیم و وازدفران لوله های نازک و درازی هستند که از بیضه ها شروع می شوند و مایع حاوی

اسپرم

که منی نامیده می شود را به بیرون انتقال می دهند

این مجاری به همراه بیضه ها در داخل عضو کیسه مانندی به نام کیسه بیضه یا اسکروتوم قرار

می گیرند. این کیسه در خارج بدن قرار دارد و وظیفه آن تنظیم دمای بیضه هاست. بیضه ها برای داشتن

فعالیت مناسب باید در دمای پایین تر از دمای بدن باشند و به همین دلیل خارج بدن قرار دارند

کیسه بیضه با کوچک و بزرگ شدن، بیضه ها را به بدن نزدیک و یا از آن دور می کند. زمانی که بدن

سرد است مثلاً موقع شنا در آب سرد کیسه بیضه منقبض می شود و بیضه ها را به بدن نزدیک می کند

تا از گرمای آن استفاده کند. اما زمانی که بدن گرم است، کیسه بیضه شل می شود تا بیضه ها از بدن دور

شوند و بتوانند خنک شوند

مغز و دستگاه عصبی هدایت این تنظیم دمای بیضه ها توسط کیسه بیضه را بر عهده دارند

غدد ضمیمه دستگاه تناسلی شامل غدد منی ساز و پروستات وظیفه تولید مایع لازم برای روان کردن

لوله های خارج کننده و تغذیه اسپرم را بر عهده دارند

وازدفران که ادامه ای دیدیم است به غدد منی ساز که در طرفین مثانه قرار گرفته اند می رسد. غدد

پروستات که مسئول تولید بخشی از مایع منی است، در پایین مثانه قرار گرفته است

این غدد مجاری انزال مجاری خارج کننده منی که ادامه وازدفران است را احاطه می کند. مجاری

انزال با عبور از داخل پروستات به داخل پیشابراه باز می شود

پیشابراه از مثانه شروع می شود و تا داخل آلت مردانه امتداد می یابد. پیشابراه مسؤول خارج کردن

ادرار

و نیز منی است

آلت مردانه از دو بخش تشکیل شده است: بدنه آلت و سر آلت

در نوک آلت در قسمت سر آن یک سوراخ کوچک وجود دارد که خروجی پیشابراه است و ادرار و منی

از آن خارج می شوند

آلت ساختمانی اسفنجی شکل دارد که می تواند پر خون شود که باعث بزرگی و سفت شدن آن می شود

که

این حالت معمولا ۱ در اثر تحریک جنسی اتفاق می افتد و آلت را آماده وارد شدن به داخل واژن زن می

کند

در حالت عادی آلت نرم است

پسران در بدو تولد در سر آلت خود پوست اضافه ای دارند که مطابق قوانین اسلامی می بایستی این

پوست

اضافه برداشته شود

این عمل که ختنه کردن نامیده می شود معمولاً در طی چند روز اول تولد نوزاد پسر انجام می شود.

ختنه

کردن به رعایت بهداشت کمک می کند و خطر سرطان در آن ناحیه را کم می کند

نقش مرد در تولید مثل

ماهیت و اساس تولید مثل ترکیب یاخته های جنسی مذکر و مونث یعنی پیوند اسپرم با تخمک است. پس

وظیفه مهم دو جنس این است که یاخته های جنسی لازم را تولید کنند

وظیفه مرد نه تنها تولید اسپرم است، بلکه باید آن را به جایی برساند که با سلولهای جنسی مونث ترکیب

شود

در انسان اندامهایی وجود دارند که در اثر تماس جسمی، جنسی (اسپرم را به تخمک می رسانند تا تخم

بارور شود. چون وظیفه اسپرم رسانی به واژن) مهبل به عهده آلت تناسلی است

مایع منی

مایع منی به ماده ای گفته می شود که در هنگام انزال از مرد خارج می شود عنصر اصلی سازنده این

مایع اسپرم است. البته این فرایند توسط غدد دیگر جنسی تکمیل می شود مثل پروستات و کیسه های منی

بیضه ها

اسپرم در بیضه ها که غدد جنسی مرد هستند ساخته می شود. دو بیضه چپ و راست وجود دارد که هر دو

در محلی به کیسه بیضه مستقر هستند. این کیسه در پشت آلت مرد آویزان است

آلت مرد

این قسمت وسیله ای است برای رساندن اسپرم منی به واژن زن برای بارور شدن

آلت از چند قسمت تشکیل شده است

قسمت تنه شافت

قسمت سرکه شامل سوراخی است برای خروج منی

کل آلت هم با پوست شلی پوشانده شده است. پوست سر آلت به پوست حشفه موسوم است که در هنگام

ختنه کردن برداشته می شود. قسمت سر و زیر آلت دارای رشته های عصبی می باشند که فوق العاده

نسبت به تحریکات جنسی حساس هستند

وظیفه نهایی اجزاء مختلف دستگاه تناسلی مرد، تولید اسپرم است که آنرا به شکل منی تهیه می کند و

هنگام برقراری رابطه جنسی با جنس مخالف وارد دستگاه تناسلی زن می کند تا بارداری اتفاق بیفتد

وظیفه دیگر این دستگاه تولید هورمون های مردانه است که برای بلوغ و ظاهر مردانه لازم است

مطالب موجود در این کتاب

فصل اول داروهای عامل ناتوانی جنسی در مردان

فصل دوم آرواسپرمی

فصل سوم اختلالات نعوظ

فصل چهارم نارسایی بیضه

فصل پنجم نعوظ درد ناک

فصل ششم کمبود تستوسترون

فصل هفتم هیپوگوناדיسم

فصل هشتم انزال زودرس

فصل نهم انزال دیررس

فصل دهم پیچ خوردگی بیضه

فصل یازدهم سرطان بیضه

فصل اول داروهای عامل ناتوانی جنسی در مردان

drugs effect male reproduction

نیکوتین

نیکوتین از مواد مورد مصرف است که در ناتوانی جنسی مردان نقش عمده دارد

نیکوتین

ماده ای سمی است که در گوجه فرنگی، بادمجان، فلفل و سیب زمینی به مقدار خیلی جزئی وجود دارد

ولی میزان آن در

تنباکو قابل توجه است و در واقع ماده اصلی دخانیات محسوب می شود

نیکوتین از راه های مختلفی مثل پوست، ریه و مخاط بینی و دهان جذب می شود و معنای آن این است

که نیکوتین که در

دود انواع دخانیات از جمله سیگار و قلیان و پیپ وجود دارد وقتی در فضا آزاد شد از طریق دستگاه

تنفس هر کس که

دود به او برسد وارد بدنش می شود

این ماده سمی سرعت انتشاری دو برابر تزریق عروقی داروها دارد و ظرف ۷ تا ۱۵ ثانیه خود را به

مغز می رساند

۳۰ ثانیه بعد حتی به انگشتان شست پا هم می رسد و لذا در تمامی بدن انتشار می یابد

اختلالات نیکوتین موجب ترشح آدرنالین می شود و آدرنالین افزایش ضربان قلب را به دنبال دارد، فشار

خون و تنفس نیز سریع

می شود، روی لوز المعده اثر گذاشته، مانع ترشح انسولین می شود و در نتیجه قند خون را بالا می برد،

اشتها را کاهش

می دهد،

محرک سیستم عصبی مرکزی است، آثار دوگانه تحریکی و تسکینی دارد، چربی خون را بالا می برد و

سبب چسبندگی

پلاکت ها لخته خونی(می شود یعنی اصطلاحا از عوامل سخته)ریسک فاکتورها محسوب می شود

آثار سوء این ماده به صورت یک مرتبه و حاد نیست بلکه به تدریج و طی سالیان دراز مصرف برخی

آثار آن در

شخص بروز می کند. هنگامی هم که از آن برای تسکین استفاده می شود باید به تدریج افزایش یابد که به

این طریق هر

روز وابستگی بیشتر می شود

اکثر روانشناسان و روانپزشکان معتقدند که نیکوتین اعتیاد آور است و در صورتی که فردی در دام

دخانیات افتاد ترک

آن مشکل است. علائم قطع مصرف این ماده سمی و بیماری زا عصبانیت، پرخاشگری و زودرنجی

است

میزان ناتوانی جنسی در مردان سیگاری دو برابر مردان هم سنشان می باشد

حدود ۷۳ درصد مردان مبتلا به اختلال نعوظ سیگار کش قهار هستند. نیکوتین علاوه از عوارض سمی

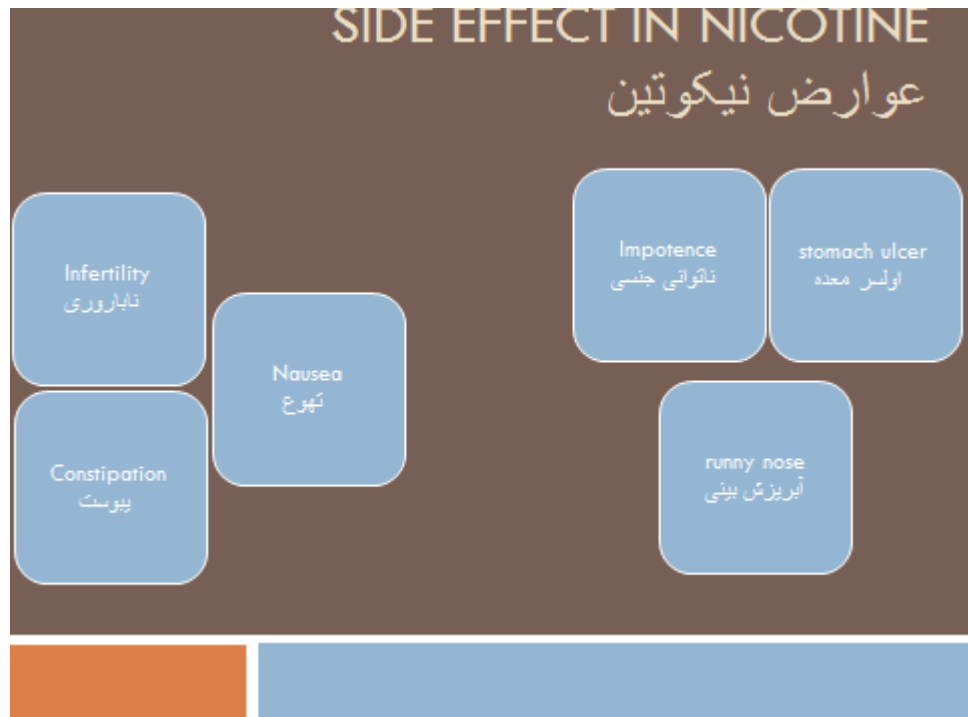
بر روی

عروق، خود بافت آلت تناسلی و اعصاب آنرا نیز تحت تأثیر قرار می دهد

علاوه از اثرات سوء بر روی عملکرد جنسی، دارای اثرات زیانبار بر روی اسپرمها نیز می باشد.

نیکوتین سبب کاهش

تعداد اسپرمها، سبب کاهش حرکت اسپرمها و سبب کاهش تعداد اسپرمهای با شکل طبیعی می شود



References

Cigarette smoking. American Cancer Society.

<http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/cigarettesmoking/cigarette-smoking-toc>. Accessed April 15, 2013.

Guide to quitting smoking. American Cancer Society.

<http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/index>. Accessed April 15, 2013.

Questions about smoking, tobacco and health. American Cancer Society.

<http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/questionsaboutsmokingtobaccoandhealth/questions-about-smoking-tobacco-and-health-intro-and-background>. Accessed April 15, 2013.

آرسنیک

آرسنیک از مواد آسب رسان به میل جنسی در مردان است

آرسنیک یک عنصر سمی، مشخص شده است

این عنصر معمولاً به تنهایی یافت نمی شود در عوض با عناصر دیگر در ترکیبات شیمیایی محدود شده

است

این ترکیبات به دو گروه عمده تقسیم می شوند

آرسنیک آلی: به طور عمده در بافت های گیاهی و حیوانی یافت می شود

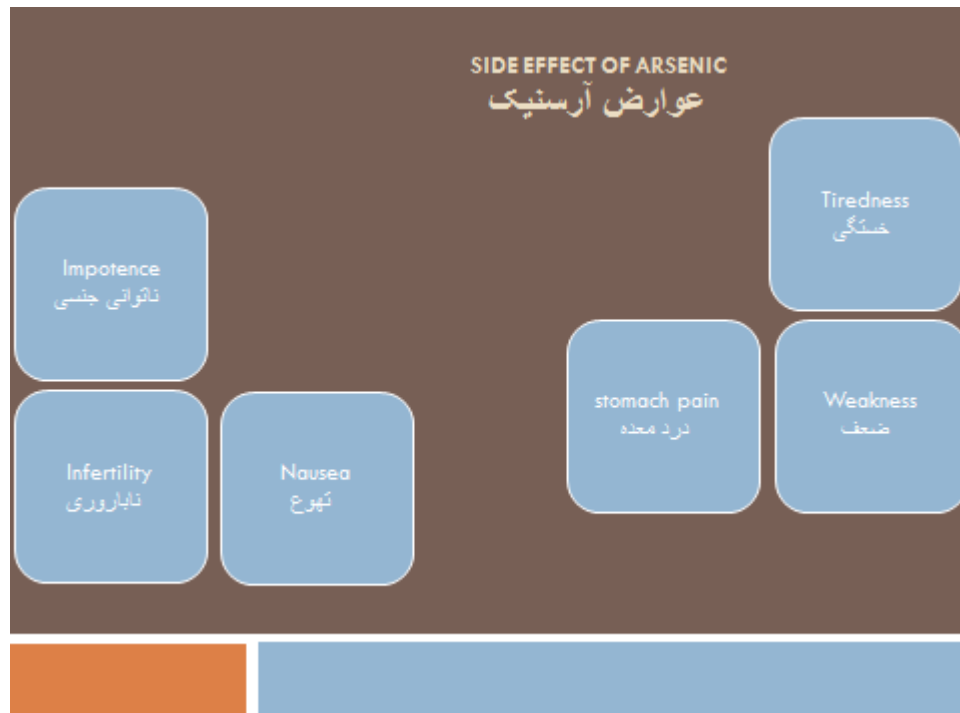
آرسنیک معدنی: در سنگها و خاک موجود و یا محلول در آب است این فرم سمی تر است

در حال حاضر هر دو شکل به طور طبیعی در محیط زیست یافت می شود اما سطح آن به علت آلودگی

افزایش می یابد

به تعدادی از دلایل، برنج ممکن است مقدار قابل توجهی از آرسنیک معدنی فرم سمی تر را از محیط

جمع نماید



References

Kliegman RM, et al. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa.:

Saunders Elsevier; 2011. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Sept. 30, 2013.

Hurwitz RL, et al. Childhood lead poisoning: Clinical manifestations and diagnosis.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed Sept. 24, 2013.

Lead. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/nceh/lead>.

Accessed Sept. 30, 2013.

Lee DA, et al. Childhood lead poisoning: Exposure and prevention.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed Sept. 24, 2013.

Abelsohn AR, et al. Lead and children: Clinical management for family physicians.

Canadian Family Physician. 2010;56:531.

Hurwitz RL, et al. Childhood lead poisoning: Management.

ماری جوآنا

ماری جوآنا از موادی است که اختلال میل جنسی در مردان ایجاد میکند

ماریجوآنا یکی از متداولترین موادمخدر است که در سراسر جهان مورد استفاده قرار می گیرد.

ماریجوآنا

میکس خشک و سبز/قهوه ای رنگی از گل ها، شاخه ها و برگ های گیاه کانابیس ساتیوا است

نوع قوی تر ماریجوآنا که حشیش نامیده می شود شبیه به کیک یا توپ سیاه یا قهوه ای رنگ است

ماریجوآنا گاهی علف یا گرس هم خوانده می شود

ماریجوآنا معمولاً به صورت سیگار و پیپ کشیده می شود. برخی آن را با غذا مخلوط می کنند یا به

شکل

چای دم می کنند

عوارض کوتاه مدت

THC اصلی ترین ماده شیمیایی فعال در ماریجوآنا

است

وقتی ماریجوانا کشیده می شود،

THC . از ریه ها به جریان خون وارد می شود که از طریق آن به مغز و سایر اندام های بدن می رسد

وقتی

به مغز می رسد با یک گیرنده خاص در سلول های عصبی در قسمت هایی که بر هماهنگی، فکر،

حافظه،

تمرکز، درک حسی و زمانی و لذت تاثیر دارد، ارتباط برقرار می کند. این موجب می شود که ماریجوانا

به اصطلاح high

شدن فرد شود

مصرف کنندگان ماریجوانا ممکن است این عوارض کوتاه مدت را تجربه کنند

مشکل در فکر کردن و حل مشکل .

مشکل حافظه و یادگیری .

از دست دادن هماهنگی .

اختلال درک .

این تاثیرات می تواند در فعالیت هایی مثل رانندگی اختلال ایجاد کند

تاثیرات دراز مدت

تحقیقات نشان داده است که عوارض مصرف ماریجوانا در درازمدت عبارتند از

تغییر در مغز. ماریجوانا می تواند بر نواحی از مغز که در واکنش به استرس، انگیزه و پاداش نقش •

دارد تاثیر بگذارد

مشکل ناباروری. تحقیق بر روی حیوانات نشان داده است که استفاده شدید از ماریجوانا در باروری •

مشکل ایجاد کرده و موجب می شود که فرد اسپرم کمتری تولید کند. از اینرو این امکان وجود دارد که

افرادی که به میزان زیاد از ماریجوانا استفاده می کنند در بچه دار شدن دچار مشکل شوند

تحقیقات همچنین نشان می دهند که بچه هایی که از مادرانی که در دوران بارداری خود از ماریجوانا

استفاده می کرده اند، متولد می شوند، بیشتر دچار مشکلات رشدی و رفتاری می شوند

مشکلات تنفسی. افرادی که ماریجوانا می کشند بیشتر دچار مشکلات تنفسی می شوند مثلاً خلط بیشتری •

تولید می کنند، سرفه های مزمن بیشتری داشته و بیشتر دچار برونشیت می شوند

تغییر در فشارخون. به مرور زمان، استفاده مداوم از ماریجوانا می تواند موجب افت فشارخون شود .

که

باعث سرگیجه می شود

همچنین به نظر می رسد که توانایی بدن برای مقابله با عفونت ها و سایر بیماری ها را نیز کاهش می

دهد

مشکلات احساسی. معتادان به ماریجوانا بیشتر علائمی از افسردگی نشان می دهند. این افراد همچنین

احساس اضطراب بیشتری داشته، بیشتر دچار اختلالات شخصیتی می شوند، و در خطر ابتلا به

شیزوفرنی، یک نوع بیماری روانی جدی، قرار دارند

مشکلات احتمالی دیگر

علاوه بر عوارض بلند و کوتاه مدت ماریجوانا، ممکن است شنیده باشید که می تواند موجب اعتیاد به

سایر

موادمخدر نیز شود. بااینکه قطعی نیست که ماریجوانا می تواند علت مستقیم این مشکل باشد اما افرادی که

از ماریجوانا استفاده می کنند تا هشت مرتبه بیشتر احتمال مصرف کوکائین و تا ۵۱ مرتبه بیشتر احتمال

مصرف هروئین داشته و تا ۱ مرتبه بیشتر به درمان اعتیاد نیاز پیدا می کنند

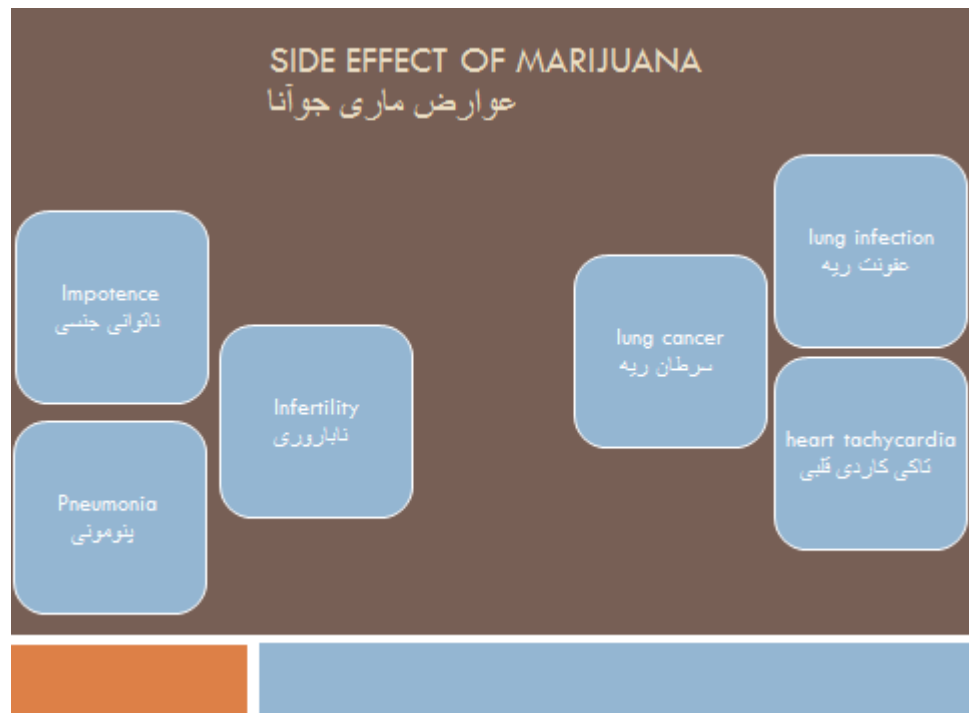
مصرف ماریجوانا جنبه های قانونی نیز دارد: در کشور ما مصرف این نوع داروها و موادمخدر و

همچنین خرید و فروش آن جرم محسوب شده و مجازات خاص خود را دارد

افرادی که به موادمخدر روی می آورند معمولاً سابقه جنایی پیدا می کنند که می تواند در برنامه ریزی

های

آنها برای رفتن به دانشگاه یا کار کردن اختلال ایجاد کند



References

MDH medical cannabis survey finds top conditions are multiple sclerosis, epilepsy and cancer. Minnesota Department of Health.

<http://www.health.state.mn.us/news/pressrel/2015/cannabis022315.html>.

Accessed April 24, 2015.

Volkow ND, et al. Adverse health effects of marijuana use. New England Journal of Medicine. 2014;370:2219.

Wolff V, et al. Cannabis-related stroke: Myth or reality? Stroke. 2013;43:558.

Drug Facts: Is marijuana medicine? National Institute on Drug Abuse.

<http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana-medicine>. Accessed

April 24, 2015.

بوسولفان

بوسولفان از داروهایی است که زمینه ساز اختلال جنسی در مردان است

بوسولفان در درمان لوسمی میلوسیتیک مزمن بکار می رود و در درمان لوسمی میلوسیتیک حاد نیز

مصرف

شده است

مکانیسم اثر

باعث مهار دی ان ای سلول سرطانی میشود

فارماکوکینتیک

بوسولفان بطور کامل از مجرای گوارش جذب می شود. متابولیسم آن کبدی و سریع است و پاسخ بالینی

- دارو معمولاً ۱۲ هفته بعد از شروع درمان آغاز می شود. دفع آن کلیوی و آهسته و عمدتاً بصورت

متابولیت است

هشدارها

اندازه گیری هماتوکریت و هموگلوبین و شمارش لکوسیت قبل از شروع و در فواصل درمان بدلیل

مهاردیررس و شدید فعالیت مغز استخوان ناشی از بوسولفان ، باید انجام شود

بدلیل اثرات دیررس دارو، به محض مشاهده اولین علائم کاهش شدید و ناگهانی لکوسیتها

بخصوص گرانولوسیتها، درمان قطع و یا مقدار مصرف دارو کاهش داده شود تا از اثرات غیرقابل

برگشت کاهش فعالیت مغز استخوان جلوگیری شود

دارو می تواند باعث دیسپلازی سلولی در بسیاری از بافتها مثل ریه ، عقده های لنفی ، پانکراس ،

تیروئید،

غده فوق کلیه ، کبد، مغز استخوان ، مثانه ، پستان و دهانه رحم شود

با بروز اولین علامت فیبروز ریوی مصرف دارو باید قطع شود

مصرف بوسولفان به تنهایی منجر به مسمومیت کبدی نمی شود ولی مصرف مداوم آن با تیوگوانین

باعث

بروز واریس مری و آسیب عملکرد کبد می شود. همچنین مقادیر مصرف بالای دارو باعث بروز تشنج

می شود

عوارض جانبی بوسولفان

آنمی ، لکوپنی یا عفونت ، ترومبوسیتوپنی ، دیسپلازی ریه ، فیبروز ریه ، هیپراوریسمی یا نفروپاتی ناشی
از

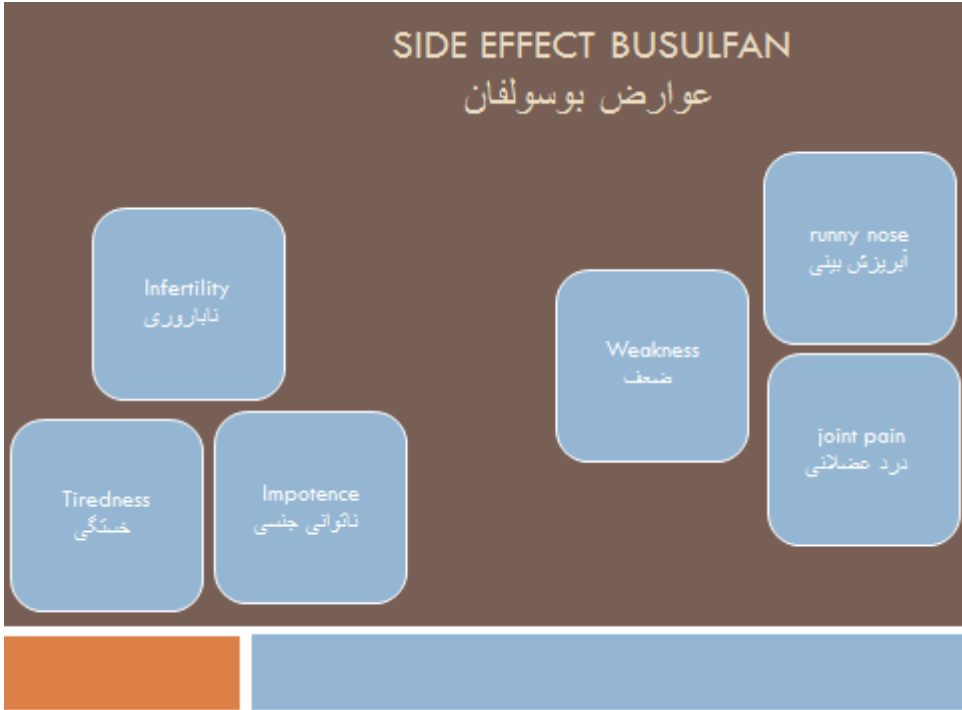
اسیداوریک ، استئوماتیت ، آمنوره و مهار تخمدان و سیاه شدن پوست از عوارض جانبی مهم و نسبتا شایع
دارومی باشند

نکات قابل توصیه ■

لکوپنی معمولا ۱۵ ۱۱ روز پس از درمان بروز و تعدادگویچه های سفید در روز ۳۱ ۱۱ درمان به
-- حداقل

می رسد. این کاهش ممکنست تا يك ماه پس از قطع مصرف دارو هم ادامه داشته باشد، ولی معمولا طی

۱۲ تا ۲۱ هفته بهبود می یابد



Refernce

Mayoclinic

Drugs.com

الکل

الکل از موادی است که مصرف آن روی میل جنسی تاثیر دارد

مصرف مداوم و مزمن الکل سبب اختلالات جنسی می شود. الکل دارای اثرات سمی بر روی کبد، مغز

و سیستم عصبی است. امروزه در جوامع مختلف مصرف الکل بویژه در میان جوانان رو به فزونی

گذاشته است

مصرف الکل نه تنها سلامتی عمومی بلکه عملکرد جنسی را نیز به مخاطره می اندازد. حدود ۷۳ درصد

مردان الکلی از یک اختلال جنسی رنج می برند

علاوه از اختلال جنسی، یک اثر بسیار مهم مصرف الکل این است که، افرادی که تحت تاثیر الکل اقدام

به برقراری رابطه جنسی می کنند، رفتارهای پر خطر جنسی در آنها بشدت زیاد می شود

مردان الکلی خودشان دارای مشکلات اجتماعی و خانوادگی هستند و مزید شدن اختلالات جنسی، بر

مشکلات و استرس آنها می افزاید و سبب می شود که این مردان برای غلبه بر استرس خود بیشتر الکل

مصرف کنند و بدین ترتیب وارد یک حلقه معیوب می شوند. اختلالات جنسی در مردان الکلی دارای پنج

علت عمده است

- بعلت خاصیت مضعف بودن سیستم عصبی
- بیماری های ناشی از مصرف الکل مثل بیماری کبدی
- مسائل روحی و روانی
- تخریب سیستم عصبی
- تخریب کبد

علاوه از آنها، این بیماران دارای مشکلات عدیده مثل بیکاری، ترد شدن در اجتماع، مصرف مواد

مخدر، کشیدن سیگار و غیره نیز می باشند

الکل شایعترین ماده ای است که سوء مصرف آن سبب اختلال جنسی می شود. در مردیکه بیش از ۵۱

گرم اتانول در روز مصرف می کند، ایجاد اختلال نعوظ امری عادی است

شایعترین اختلال جنسی در مردان وابسته به الکل، اختلال در نعوظ و بدنبال آن کاهش میل جنسی است

اکثرا هر دو اختلال نعوظ و کاهش میل جنسی با هم وجود دارند

تعداد و شدت اختلالات جنسی، رابطه مستقیم با میزان مصرف الکل دارد.

الکل سبب تخریب سیستم

عصبی می شود. در مرد دو نوع نعوظ وجود دارد: نعوظ رفلکسی که در آن هر گونه تماس جلدی با

ناحیه دستگاه تناسلی سبب انتقال تحریکات عصبی از ناحیه تناسلی به مغز می شود و سپس امواج

دیگری از مغز به ناحیه تناسلی آمده و سبب نعوظ می گردند

نوع دیگر نعوظ، نوع روانی است که در آن با فانتزی و تصورات امواجی از مغز به دستگاه تناسلی

هدایت شده و سبب نعوظ می گردند. بنابراین برای یک نعوظ طبیعی داشتن سیستم عصبی سالم ضروری

است. هر قدر مصرف الکل بیشتر باشد، سیستم عصبی بیشتر تخریب پیدا می کند

علاوه از آن مصرف طولانی مدت مقادیر زیادی الکل سبب آسیب به تولید هورمونهای مردانه توسط

بیضه ها نیز می شود

مصرف طولانی مدت الکل سبب کوچک شدن بیضه ها و کاهش تولید هورمون مردانه می گردد

مصرف الکل سبب نشت وریدی در آلت تناسلی شده و نعوظ مرد را بشدت مختل می کند.

بسیاری از

موارد اختلالات جنسی در الکلی ها منشاء جسمی ندارند، بلکه دارای منشاء روحی و روانی هستند. اکثراً

این مردان دارای مشکلات خانوادگی بوده و روابط عاطفی خوب با همسر خود ندارند و تعدادی نیز

دارای پرونده طلاق در دادگاه می باشند.

میزان شیوع اختلالات جنسی با سن شروع مصرف الکل و

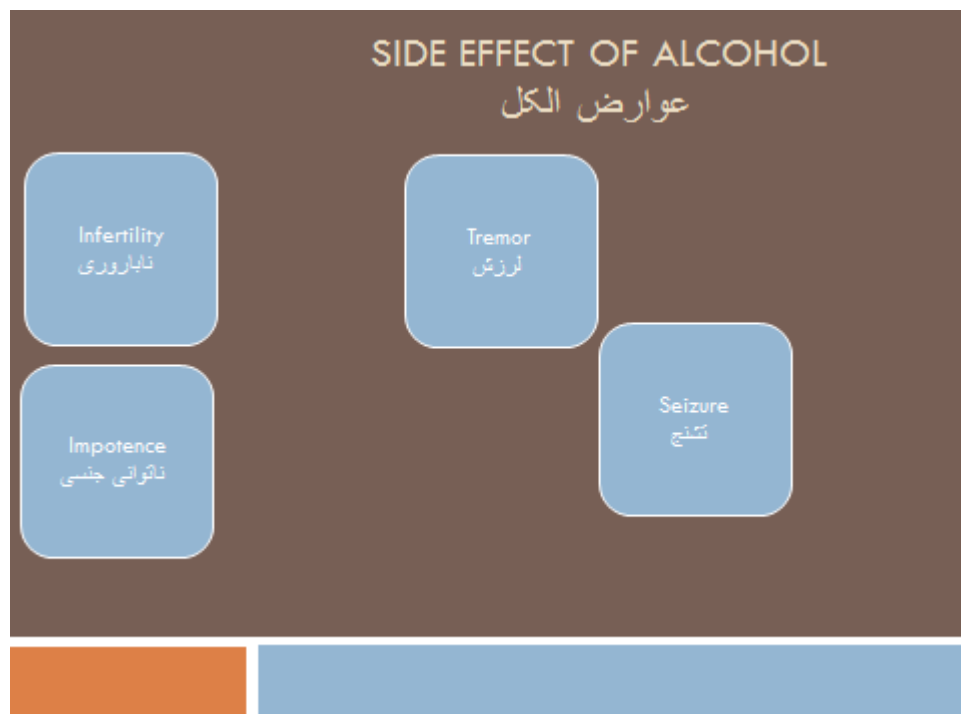
سالهای مصرف الکل نیز رابطه دارد

یکی از خصوصیات اختلالات جنسی ناشی از مصرف الکل این است که اگر مصرف الکل آسیب دائمی

در بدن ایجاد نکرده باشد، با قطع مصرف آن، عوارض از جمله اختلالات جنسی نیز قابل برگشت

هستند، منتهی زمان لازم است. یکی از عوارض دیررس و کشنده سوء مصرف الکل، سیروز کبدی

است که در آن کبد کار خود را از دست می دهد



References

Rethinking drinking. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

<http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/default.asp>. Accessed Sept. 10, 2013.

Mukamal KJ. Overview of the risks and benefits of alcohol consumption.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed Sept. 10, 2013.

Tangney CC, et al. Cardiovascular benefits and risks of moderate alcohol consumption. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Sept. 10, 2013.

Mukamal KJ, et al. A 42-year-old man considering whether to drink alcohol for his health. JAMA. 2010;303:2065.

Robert Post (expert opinion). U.S. Department of Agriculture, Alexandria, Va. Aug. 8, 2011.

فصل دوم آزواسپرمی

Azoospermia

دو نوع آزواسپرمی وجود دارد. آزواسپرمی غیر انسدادی که سبب تولید غیر طبیعی اسپرم می شود و

آزواسپرمی انسدادی که در آن مانعی وجود دارد که سبب مشکل یا آسیبی در خروج اسپرم از لوله ها

می شود

وقتی اسپرم را در دو موقعیت مختلف زیر میکروسکوپ قرار می دهند می توانند آزواسپرمی را

تشخیص

دهند

بعد از تشخیص اولیه، پزشکان به دنبال علت آزواسپرمی می گردند، که این مسئله می تواند به درمان

مناسب کمک بزرگی کند

ارزیابی اولیه شما یک تاریخچه کامل پزشکی، معاینه فیزیکی و آزمایش هورمون است. پزشک درباره

وضعیت فرزند داشتن یا نداشتن، بیماری های دوران کودکی یا اختلالاتی مانند بیضه نزول نکرده،

ضربه

به آلت تناسلی، عفونت ها، قرار گرفتن در معرض سموم و سابقه خانوادگی مشکلات باروری و

اختلالات

دیگر می پرسد

پزشک با یک معاینه فیزیکی اندازه بیضه ها، وجود واریکوسل و رگ های واریسی بیضه ها را بررسی

می کند

ارزیابی غدد درون ریز اولیه نیز انجام خواهد شد. شما ممکن است برای اندازه گیری تستوسترون سرم

و هورمون محرک فولیکول

آزمایش دهید.

FSH سطح بالای

ممکن است نشان دهنده این موضوع باشد که بیضه ها به اندازه کافی مناسب تولید اسپرم نیست

سایر آزمایش ها ممکن است شامل یک سونوگرافی از طریق مقعد، آزمایش ادرار یا بیوپسی بیضه باشد

آزواسپریمی غیر انسدادی

در آزواسپریمی غیر انسدادی در مایع منی تولید اسپرم به شکل غیرطبیعی است یا این که اسپرم تولید نمی شود

مشکل تولید اسپرم می تواند از مشکلات هورمونی، نارسایی بیضه، واریکوسل یا رگ های واریسی در بیضه ها ناشی شود

علل هورمونی در آزواسپریمی غیر انسدادی

برای تولید اسپرم در بیضه ها، هورمون های مربوطه بسیار ضروری هستند. اسپرم توسط هورمون های

هیپوفیز تحریک و در بیضه ها ساخته می شود

در صورت فقدان یا کمبود این هورمون ها، تولید اسپرم تحت تاثیر قرار می گیرد. همچنین هورمون استروئید نیز در تولید اسپرم اثرگذار است

ضعف بیضه

یکی دیگر از دلایل آزواسپریمی ضعف بیضه ها است که سبب ناتوانی بیضه ها برای تولید اسپرم کافی

می شود

علت ضعف بیضه عبارت از مشکلات کروموزومی، بیماری ها و صدمه دیدن بیضه ها، بیضه نزول نکرده هنگام تولد، استفاده مکرر و سنگین از مواد مخدر به خصوص ماری جوانا؛ این موارد می توانند

خطر ابتلا به نارسایی بیضه را افزایش دهد

این می تواند در طول هر مرحله از تولید اسپرم رخ دهد. بیضه ممکن است سلول لازم را برای تقسیم و تبدیل شدن به سلول های اسپرم را نداشته باشند یا اسپرم ممکن است بالغ نشده و بارور نباشد

واریکوسل

واریکوسل نیز می تواند تولید اسپرم را تحت تاثیر قرار دهد. واریکوسل بیماری متورم شدن رگ های

واریس در کیسه بیضه است که سبب تجمع خون می شود. این تجمع خون در کیسه بیضه، در تولید

اسپرم

تاثیر منفی می گذارد

علل ژنتیکی

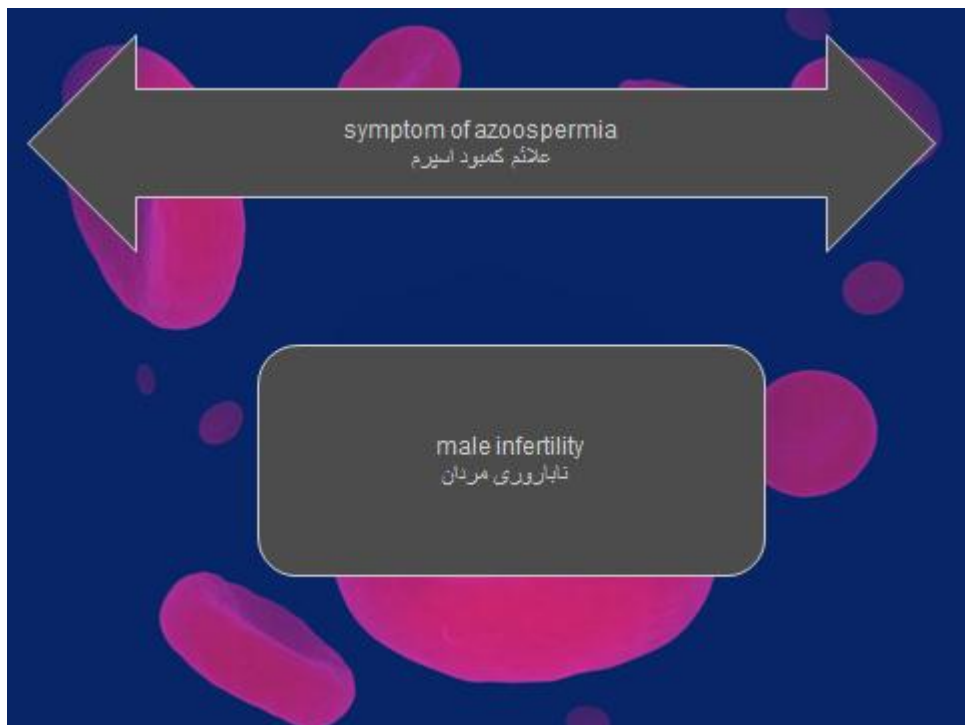
عوامل ژنتیکی از علت های ناباروری در مردان است که آزواسپرمی غیر انسدادی می تواند از این

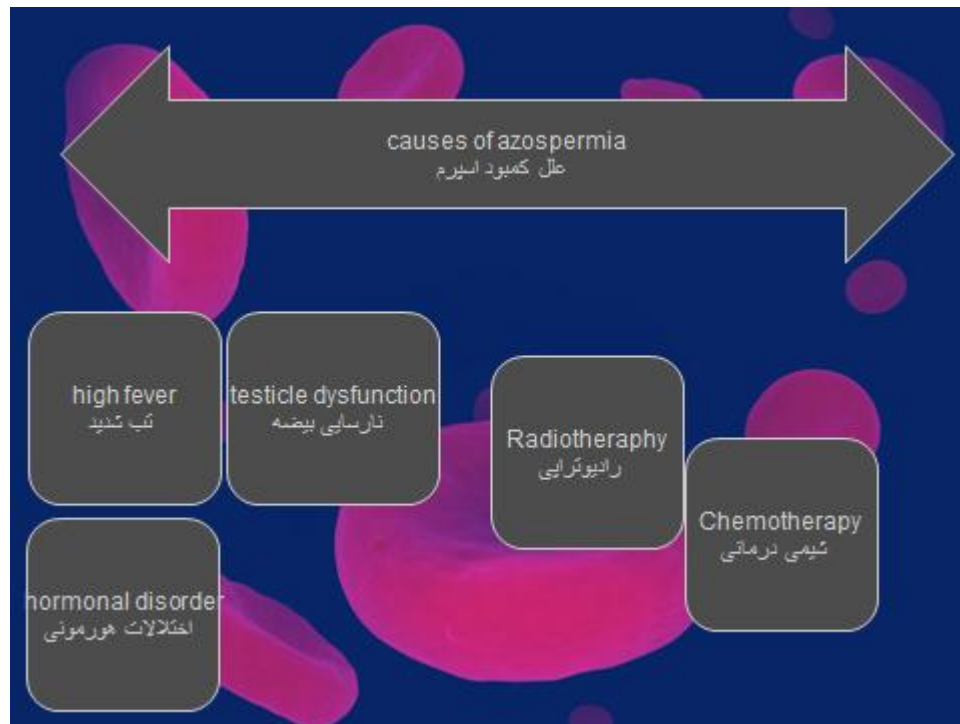
دسته

به شمار آید. این مشکلات ارثی عبارت هستند از: اختلالات کروموزومی و اختلالات کاریوتیپی. اختلال

کاریوتیپی یکی از شایع ترین دلایل ناباروری مردان است که به نام سندرم کلاین فلتر شناخته می شود،

این موضوع بین ۷ تا ۵۰ درصد در آزواسپرمی موثر است





References

Diagnostic evaluation of the infertile male: A committee opinion. Practice

Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility and

Sterility. 2015;103:e18.

Strauss JF, et al. Male infertility. In: Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2014. www.clinicalkey.com. Accessed June 16, 2015.

Swerdloff RS, et al. Evaluation of male infertility. www.uptodate.com/home. Accessed June 16, 2015.

Male infertility. Urology Care Foundation.

<http://www.urologyhealth.org/urologic-conditions/male-infertility>. Accessed June 16, 2015.

Jameson JL, et al. Clinical management of male infertility. In: Endocrinology: Adult and Pediatric. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2016. www.clinicalkey.com. Accessed June 16, 2015.

Swerdloff RS, et al. Causes of male infertility. www.uptodate.com/home. Accessed June 16, 2015.

فصل سوم اختلالات نعوظ در مردان

male erectile disorder

سرطان پروستات

سرطان پروستات از علل زمینه ساز اختلال نعوظ در مردان است

پروستات، غده ای است که فقط در مردان وجود دارد. این عضو زیر مثانه و دقیقاً ۱۱ جلوی رکتوم قسمت

انتهایی روده بزرگ قرار گرفته است. اندازه ای معادل گردو دارد

مجرایی که ادرار را حمل می کند و پیشابراه نامیده می شود، از داخل پروستات عبور می کند. پروستات

حاوی سلول های ترشح کننده مایع منی می باشد. این مایع، اثر محافظتی و تغذیه ای روی اسپرم دارد

رشد و تکامل پروستات از دوره جنینی شروع شده و تا زمان بلوغ مرد ادامه می یابد. این رشد توسط

هورمون های مردانه که آندروژن نامیده می شوند، صورت می گیرد

اگر سطوح هورمون های مردانه پایین باشد، غده پروستات رشد کافی نخواهد داشت و به سبب کامل و

طبیعی خود نمی رسد

در مردان مسن، رشد قسمتی از پروستات که اطراف پیشابراه است، ادامه می یابد. به این حالت

(BPH- Benign Prostatic Hyperplasia) هیپرپلازی خوش خیم پروستات

گفته می شود که نوعی رشد و بزرگ شدن غده به صورت خوش خیم است. این حالت در دفع ادرار

اختلال ایجاد می کند. که باید درمان شود، ولی سرطان نبوده و رشد خوش خیم است

سرطان پروستات

انواع مختلفی سلول در غده پروستات وجود دارند. ولی تقریباً تمام سرطان های پروستات از سلول

های

غده ای منشاء می گیرند به این نوع سرطان، آدنوکارسینوم گفته می شود. بقیه اطلاعات آورده شده در

زیر

مربوط به آدنوکارسینوم پروستات است

از هر ۶ مرد، ۵ نفر در طی زندگی به سرطان پروستات مبتلا می شود و از هر ۰۱ مرد، ۵ نفر در اثر

این بیماری می میرد. میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات امروزه کاهش یافته و بیماری بسیار

سریع تر تشخیص داده می شود

ریسک فاکتورهای سرطان پروستات

سن

قوی ترین ریسک فاکتور سرطان پروستات است. احتمال ابتلا به سرطان پروستات بعد از سن ۱۳

سالگی

افزایش می یابد. تقریباً ۱۱ از هر ۰۳ سرطان پروستات، ۱۳ مورد بعد سن ۶۱ سالگی تشخیص داده می

شود

نژاد

به دلایل ناشناخته، این نوع سرطان در مردان افریقایی آمریکایی شایع تر از سایر نژادهاست

همچنین در این نوع نژاد، احتمال داشتن بیماری پیشرفته تر در زمان تشخیص و نیز مرگ و میر ناشی از

بیماری بیش تر است. این نوع سرطان در آسیایی ها کم تر است. دلیل این اختلافات نژادی و ملیتی

ناشناخته است

ملیت

این نوع سرطان در آمریکای شمالی، اروپای شمال غربی شایع تر از سایر نواحی است. این سرطان، در

آسیا، افریقا و امریکای جنوبی و مرکزی کم تر است. دلایل این اختلاف ناشناخته است

سابقه خانوادگی

سرطان پروستات در بعضی خانواده ها، شایع تر است. در مردانی که خویشاوندان درجه اول مبتلا به

سرطان پروستات، (مثل پدر و برادر مبتلا)، احتمال ابتلایشان به ویژه اگر خویشاوندان در سنین پایین به

این بیماری دچار شده اند، بسیار بالاتر است

عوامل ژنتیک

دانشمندان، ژن های وراثتی متعددی شناسایی کرده اند که ریسک سرطان پروستات را افزایش می دهند

ولی اینها مسئول تعداد کمی از موارد ابتلا می باشند. بررسی های ژنتیک برای بیش تر این ژن ها در

دسترس نیست و مطالعات بیش تری در این زمینه مورد نیاز است

رژیم غذایی

نقش دقیق رژیم غذایی روی سرطان پروستات، ناشناخته است ولی عوامل متعددی مورد بررسی قرار

گرفته اند

مردانی که مقدار زیادی گوشت قرمز و فرآورده های لبنی پرچرب مصرف می کنند، ریسک بالاتری

برای ابتلا به سرطان پروستات دارند. این مردان معمولاً میوه و سبزیجات کم تری در رژیم غذایی خود

دارند

پزشکان هنوز مطمئن نیستند که کدامیک از عوامل فوق، احتمال سرطان را افزایش می دهند

چاقی

در مطالعات انجام شده، ارتباطی بین افزایش وزن، چاقی با افزایش ابتلا به سرطان پروستات شناخته

نشده است. ولی تعدادی از مطالعات، بیان کننده این هستند که مردان چاق، ریسک بالاتری برای ابتلا به

سرطان پروستات پیشرفته و مرگ ناشی از آن دارند

فعالیت بدنی

در بیش تر مطالعات، ثابت نشده که فعالیت بدنی اثر کاهنده روی احتمال ابتلا به سرطان پروستات دارد

ولی در بعضی از مطالعات، نشان داده شده است که سطوح بالای فعالیت فیزیکی، به ویژه در مردان

مسن، ریسک سرطان پیشرفته را کاهش می دهد. مطالعات بیش تری در این زمینه مورد نیاز است

(عفونت و التهاب پروستات) پروستاتیت

بعضی از مطالعات، بیان کننده این موضوعند که پروستاتیت (التهاب غده پروستات) با افزایش ریسک و

احتمال سرطان پروستات همراه است ولی سایر مطالعات چنین ارتباطی را تأیید نمی کنند

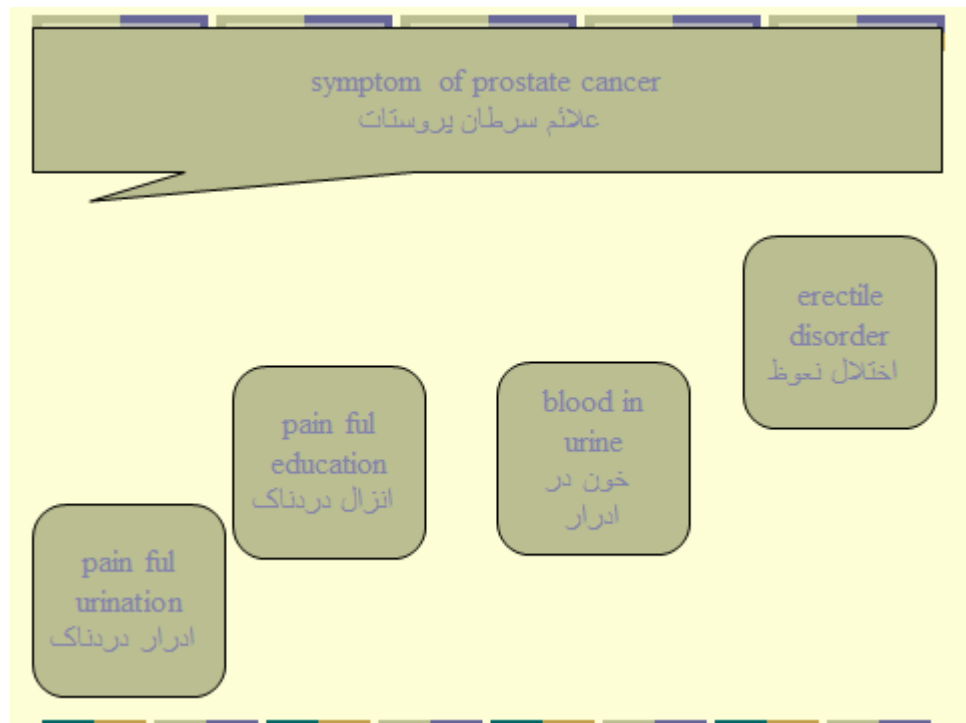
بعضی از محققین همچنین می خواهند بدانند آیا بیماری های انتقال یابنده از راه فعالیت جنسی، احتمال

ابتلا

به سرطان پروستات را افزایش می دهند یا خیر. تاکنون، مطالعات، چنین نتیجه ای را ثابت نکرده و

نتایج

قطعی نیز برای این موضوع در دسترس نیست



References

Prostate cancer. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network.

http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Accessed Jan. 21, 2015.

Wein AJ, ed., et al. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2012. <http://wwwclinicalkey.com>. Accessed Jan. 21, 2015.

Gunderson LL. Clinical Radiation Oncology. 3rd ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2012. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Jan. 21, 2015.

What you need to know about prostate cancer. National Cancer Institute.

<http://www.cancer.gov/publications/patient-education/wyntk-prostate-cancer>.

Accessed Jan. 21, 2015.

افزایش پرولاکتین

افزایش پرولاکتین از علل اختلال نعوظ در مردان است

افزایش هورمون پرولاکتین تحت تاثیر دو فاکتور آزاد کننده و مهار کننده هیپوتالاموسی کنترل می شود

که تاثیر فاکتور مهار کننده بیشتر از فاکتور آزاد کننده است

مقدار ترشح هورمون پرولاکتین در شبانه روز حالت نوسانی دارد و در طول شب بیشتر از روز

است. همچنین مکیدن پستان ها ، تحریک نوک پستان توسط جنس مخالف ، مقاربت ، استرس ،

هیپوگلیسمی کاهش قند خون و فعالیت شدید بدنی در زنان ترشح هورمون را افزایش می دهد

ترشح هورمون های استروژنی قبل از بلوغ و در دوران آبستنی و همچنین هورمون رشد و انسولین و

بعضی از هورمون های غدد آدرنال در رشد پستان ها و افزایش غدد شیر ساز پستان دخالت دارند

آدنوم هیپوفیز بعنوان یکی از علل بالا بودن پرولاکتین معمولا خیلی خوب به برموکریپتین و یا

caberglide

پاسخ میدهد

این آکونیست های قوی گیرنده های دوپامینرژیک مستقیماً ترشح پرولاکتین را مهار میکنند و ترشح آن

را از هیپوفیز قدامی کم میکنند ، خواه آدنوم و یا میکرو آدنوم وجود داشته باشد

اثرات افزایش پرولاکتین

از میان انواع پرولاکتینوماها ، میکرو پرولاکتینوما در زنان شایعتر ترند. در حالی که ماکرو آدنوم ها

بیشتر در مردان دیده میشود

پرولاکتین در زنان میتواند سبب پرکاری غدد جنسی ناشی از کمبود گنادوتروپین ها شده و منجر به

کمبود استروژن گردد. سطح گنادو تروپینها طبیعی است و استروئید های جنسی کاهش دارند

پرولاکتین ترشح پالسی گنادو تروپین ها را مهار میکند و افزایش ناگهانی

LH

در وسط سیکل متوقف میسازد که این امر منجر به عدم تخمک گذاری میگردد. در مردان مبتلا

پرولاکتین بالا سطح تستوسترون معمولاً کاهش یافته است

پرولاکتینوما یکی از شایعترین تومورهای هیپوفیز می باشد که در آن آدنومی در سلول های لاکتوتروف

سازنده ی پرولاکتین (ظاهر می گردد)

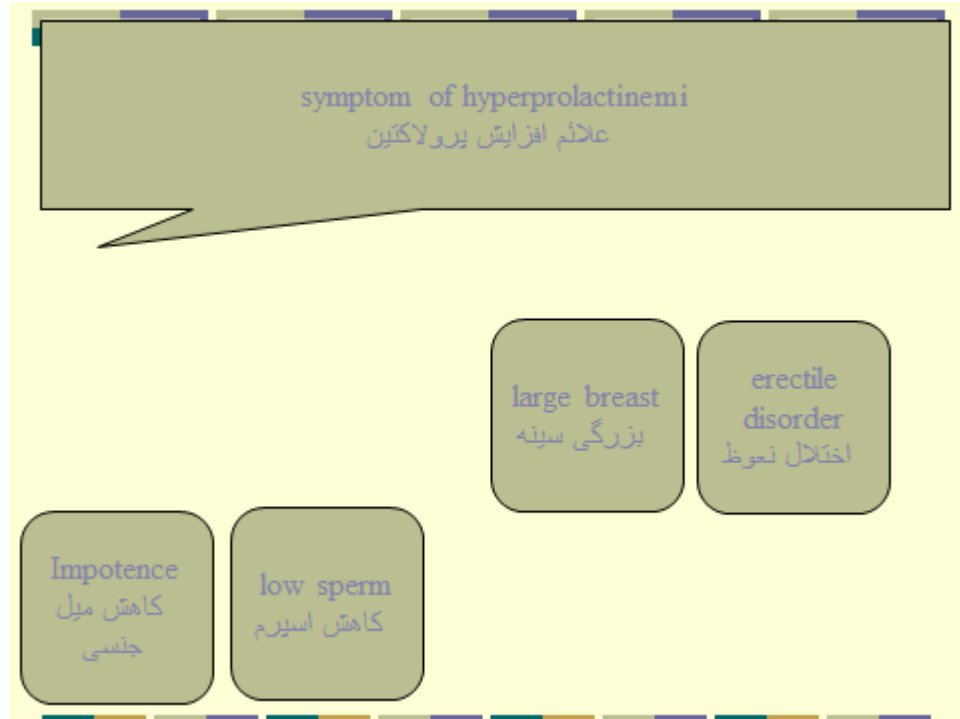
این تومور در خانم ها به صورت میکروآدنوم تشخیص داده می شود ولی در آقایان به صورت ماکروآدنوم به دلیل اینکه پرولاکتین در خانم ها دارای عملکرد بیشتری است و مهمتر اینکه در صورت افزایش پرولاکتین در ترشح استروژن و پروژسترون و هورمون های گنادی اختلال ایجاد می گردد و خانم ها قاعدگی به هم می ریزد در نتیجه زودتر به پزشک مراجعه می کنند ولی علائمی که در آقایان ایجاد می گردد جدی تلقی نمی شوند

Dopamine agonists در اکثر مواقع درمان به صورت دارویی می باشد ،

یعنی داروهایی که آگونیست گیرنده های دوپامین هستند

دومین درمان، درمان جراحی افزایش پرولاکتین می باشد ، اگر سایز توده بیش از حد بزرگ شده و مریض در معرض خطر قرار گرفت و میدان دید او دچار اشکال شده. جراحی در افرادی که مقاومت دارویی دارند و سایز تومور در آنها بزرگ است انجام می گیرد

درصد کسانی که دچار میکروآدنوم پرولاکتین هستند پس از رزکسیون جراحی بهبود می یابند ولی ۰۱ تنها ۳۱ درصد از افراد را می توان جراحی کرد . پس از جراحی نیز حدود ۲۱ درصد از بیماران دچار عود دوباره پرولاکتینوما می گردد



References

Lentz GM, et al. Comprehensive Gynecology. 6th ed. Philadelphia, Pa.: Mosby Elsevier; 2012.

[http://www.mdconsult.com/books/linkTo?type=bookPage&isbn=978-0-323-](http://www.mdconsult.com/books/linkTo?type=bookPage&isbn=978-0-323-06986-1&eid=4-u1.0-B978-0-323-06986-1..C2009-0-48752-X--TOP)

06986-1&eid=4-u1.0-B978-0-323-06986-1..C2009-0-48752-X--TOP. Accessed Jan. 2, 2013.

Ferri FF. Ferri's Clinical Advisor 2013: 5 Books in 1. Philadelphia, Pa.: Mosby Elsevier; 2012. <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-08373-7..00002-9&isbn=978-0-323-08373-7&about=true&uniqId=343863096-23>. Accessed Jan. 2, 2013.

Snyder PJ. Causes of hyperprolactinemia. <http://www.uptodate.com/index>. Accessed Jan. 2, 2013.

بزرگی خوش خیم پروستات

بزرگی خوش خیم پروستات هم از علل اختلال نعظ در مردان است

BPH بزرگی خوش خیم پروستات یا هیپرپلازی خوش خیم پروستات که به

معروف است، یکی از شایعترین بیماریهای مردان است که با بالا رفتن سن در مردان ، پس از ۵۱

سالگی بروز می کند و هر چه سن بالاتر برود احتمال ابتلا به آن بیشتر می شود

مردان در / بطوریکه بعد از ۳۰ سالگی از هر ۵۳ مرد ۹ نفرشان به این بیماری مبتلا می شوند حدود

سن ۱۱ سالگی و نصف مردان در سن ۷۱ سالگی علایم این بیماری را پیدا می کنند. در این بیماری

اندازه پروستات بزرگ می شود، اما نشانه بدخیم بودن و سرطانی شدن بافت آن وجود ندارد

علت اصلی بیماری نامشخص است اما دو عامل برای ایجاد آن ضروری است

بالا رفتن سن: بررسی ها نشان می دهد که با افزایش سن پروستات به هورمونهای مردانه آندروژنها

حساس تر شده و بزرگ می شود

وجود دهیدروتسترون: طوریکه اخته کردن برداشتن بیضه ها باعث پیشرفت و بهبود علایم بیماری

می شود. بنابراین افزایش استروژن ، همراه با افزایش سن با اثر بر روی سلولهای پروستات و حساس

نمودن آنها به تستوسترون نقش اساسی را در ایجاد بیماری بزرگی خوش خیم پروستات دارند

در مورد نقش ژنتیک گفته می شود که افرادی که زیر ۶۳ سال دچار نوع پیشرفته بزرگی خوش خیم پروستات می شوند، احتمالاً به نوع ارثی این بیماری دچار می باشند که بصورت اتوزوم غالب به ارث می رسد و خطر ایجاد این بیماری در بستگان درجه اول اینها ۵ برابر افراد عادی می باشد

بزرگ شدن پروستات با وارد کردن فشار به مجرای ادراری که در داخل پروستات است، موجب انسداد و بسته شدن آن شده و باعث اختلال در خروج ادرار می شود

همچنین پاسخ ثانویه مثانه به انسداد مجرای ادراری باعث تحریک مثانه و علائم تحریکی ادرار می شود،

زیرا به تدریج دیواره مثانه ضخیم شده و ظرفیت مثانه کاهش پیدا می کند. بنابراین دو نوع علائم داریم

علائم انسدادی

کاهش نیرو و قطر جریان ادرار ، تاخیر در دفع ادرار ، زور زدن جهت دفع ادرار ، احساس تخلیه ناکامل مثانه و به دنبال آن تکرر ادرار و قطره قطره آمدن ادرار که این علائم به تدریج ظاهر می شوند

و

وقتی پروستات به حدی بزرگ شود که مجرای ادراری تقریباً بسته شود، اجازه خروج ادرار را نمی دهد

و حالت احتباس ادراری پیش می آید و مثانه بزرگ می شود ولی بیمار نمی تواند ادرار کند

در این حالت بیمار باید سریع به بیمارستان برده شده و به بیمار سوند گذاشته شود

احتباس ادرار خطرات زیادی دارد که از جمله آن برگشت ادرار به کلیه و ایجاد نارسایی کلیه است

همچنین باقیمانده ادرار در مثانه زمینه را برای رشد باکتریها مساعد کرده و موجب عفونت مثانه می

شود

علائم تحریکی

این علائم شامل تکرر ادرار ، بخصوص تکرر ادرار شبانه و فوریت در ادرار کردن است، که ناشی از

در سرطان پروستات هم همه این علائم دیده می شود، و تشخیص ایندو از هم در . تحریک مثانه می باشند

درجه اول با معاینه

افتراق داده می شود. البته در بیمار P.S.A پزشکی و بعد با سونوگرافی و آزمایش

BPH

وضعیت کلیه ها و عفونت باید بررسی شود

بیمارانی که علایم خفیف دارند ممکن است نیاز به درمان نداشته باشند و فقط باید بیماری خود را توسط

یک پزشک پیگیری کنند. چون بزرگی خوش خیم پروستات همیشه پیشرفت نمی کند و حتی بعضی از

بیماران خودبخود بهبود می یابند

درمان دارویی

داروهایی مثل آلفا بلوکرها ، پرازوسین ، ترازوسین و فنوکسی بنزامین و همچنین فیناستراید اثر خوبی

در بیماران دارند

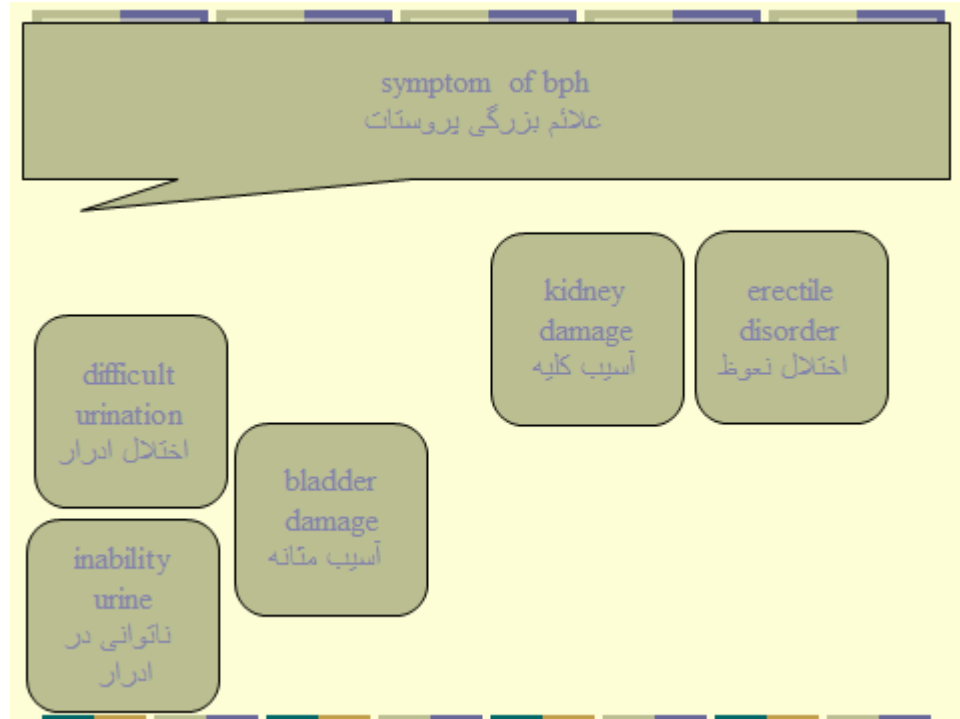
درمان جراحی

در صورتی که بزرگی خوش خیم پروستات باعث احتباس ادراری مقاوم ، یا عفونت مکرر کلیه ،

نارسایی کلیه و خونریزی شدید شود، باید جراحی پروستات انجام شده و قسمتی از پروستات برداشته

شود. که امروزه انواع جراحی جراحی باز ، جراحی از طریق مجرا و روی پروستات انجام

می شود



References

Cunningham GR, et al. Epidemiology and pathogenesis of benign prostatic hyperplasia. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Aug. 27, 2014.

Hanno PH, et al. Penn Clinical Manual of Urology. 2nd ed. Philadelphia, Pa.:

Saunders Elsevier, 2014. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Aug. 28, 2014.

Cunningham GR, et al. Clinical manifestations and diagnostic evaluation of benign prostatic hyperplasia. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Aug. 27, 2014.

نارسایی کلیه

نارسایی کلیه از اختلالات زمینه ساز اختلال نعوظ در مردان است

نارسایی کلیه یک بیماری موزی و بی سروصداست. کلیه ها آنچنان آهسته تخریب می شوند که بیمار

کاملا از آن بی خبر است و معمولا وقتی اقدام می کند که در مراحل انتهایی بیماری قرار گرفته است

اگر بخواهیم به علت های این نارسایی نظری اجمالی بیفکنیم، متوجه می شویم که در اغلب موارد این

خود بیماران هستند که سال ها و ماه ها با بی خبری و بی توجهی نسبت به سلامت خود، تیشه را برداشته

و بر کلیه ها می کوبند

بیمار از نارسا شدن کلیه تا عمل پیوند، راهی پر فراز و نشیب و دشوار را طی می کند

روند از کار افتادن کلیه ها

این روند کاملا بدون نشانه است و به آرامی رخ می دهد. معمولا بیمار با ضعف، بی حالی، خستگی

مزم، رنگ پریدگی و بوی بددهان تجمع اوره و کراتینین در خون باعث بوی بددهان می شود، ورم

دست ها و پاها یا پف آلود شدن دور چشم ها و افزایش فشارخون مقاوم به درمان مراجعه می کند

در این مواقع، آزمایش خون و ادرار درخواست می کنیم و بالا بودن کراتینین، اوره، پتاسیم و دفع پروتئین از ادرار، ما را به انجام آزمایش های دیگری سوق می دهد تا از کارافتادن کلیه ها مسجل شود

دیابت کنترل نشده و بالا بودن فشارخون به مدت طولانی ۲ علت اصلی نارسایی کلیه هستند، اما عوامل

به این دو محدود نمی شود. مصرف بی رویه مسکن ها، برگشت ادرار به کلیه ها به خصوص در کودکان(، انسداد مجرای ادرار و درمان نشدن به موقع آن) در اثر وجود سنگ یا افرادی که مثانه عصبی دارند(، عفونت های خاص در گلو یا پوست)اگر به موقع درمان نشوند مصرف داروهای شیمی درمانی، سابقه بیماری به نام گلومرولونفریت و مصرف دارو هایی از خانواده آمینوگلیکوزید ها نیز از دیگر علت ها هستند. البته گاه نیز هیچ عامل اولیه ای وجود ندارد

وقتی عامل سیستمیک باشد هر دو کلیه درگیرند مثل دیابتی که کنترل نشده است ولی وقتی سنگی باعث انسداد می شود یا فرد به طور مادرزادی دارای حالب تنگ در یکی از کلیه هاست که باعث تجمع ادرار در همان کلیه می شود در این مواقع البته اگر مشکل بیمار سریع شناسایی نشود یک کلیه از بین می

رود

این افراد تا وقتی که کلیه مقابلشان مشکلی پیدا نکرده می توانند با یک کلیه، راحت زندگی کنند. افراد تک کلیه ای باید کاملاً تحت نظر پزشک باشند. زیرا این کلیه برای بیمار حیاتی است. البته سیستم طبیعی بدن طوری عمل می کند که کلیه سالم، وقتی متوجه عدم کارکرد کلیه مقابل می شود به طور خودکار شروع به بزرگ تر شدن می کند تا بتواند کم کاری پیش آمده را جبران کند

برگرداندن کلیه نارسا به وضعیت اولیه تقریباً ناممکن است اما اگر در مراحل اولیه شناسایی شود، می توان مانع از پیشرفت تخریب شد زیرا پزشک با یافتن عامل تخریبی و کنترل آن، اجازه از کار افتادگی کامل، دیالیزی شدن و در نهایت، لزوم پیوند کلیه به بیمار را می گیرد

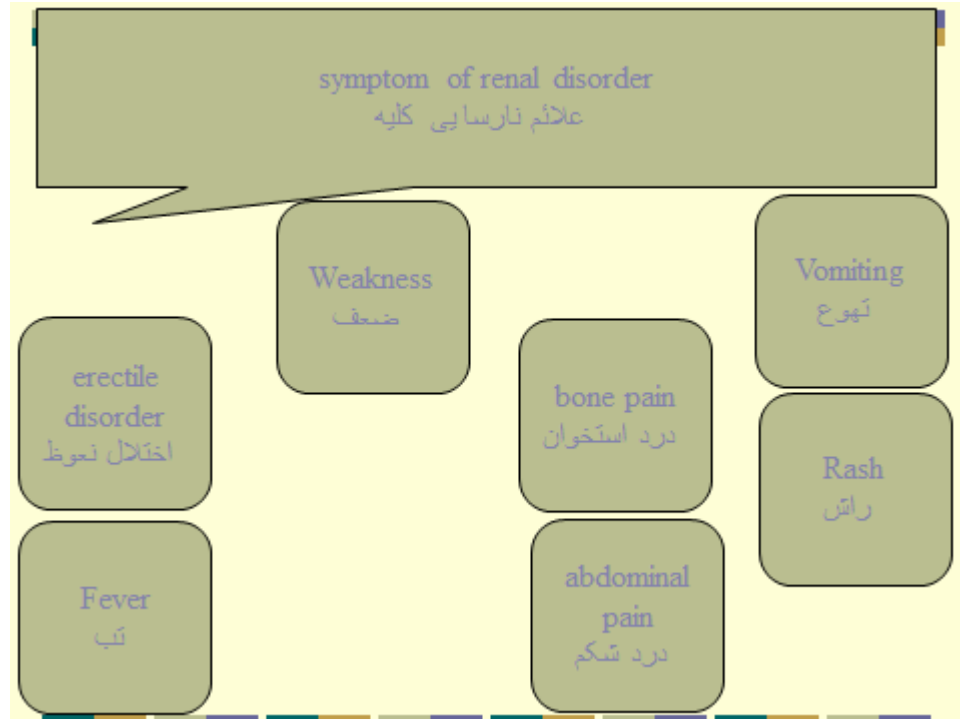
مثلاً دیابت یا فشارخون با دارو کنترل می شود و داروهای نگهدارنده برای کلیه تجویز می شود. رژیم غذایی این بیماران باید کم نمک و فعالیت های بدنی متعادلی داشته باشند تا از تخریب بیشتر جلوگیری شود

حتی افراد سالم نیز با توجه به نظر پزشکشان گاهی باید آزمایش هایی انجام دهند ولی افراد در معرض خطر بهتر است هر ۶ تا ۱۲ ماه آزمایش های مربوط به سلامت کلیه را انجام دهند

تا وقتی که عملکرد کلیه ها برای بدن کافی باشد، سعی می کنیم با دارو بیمار را در همان حالت نگه داریم اما وقتی عوارض غیرقابل کنترل شود، ۲ گزینه پیش روی ما قرار می گیرد؛ اولین گزینه دیالیز است تا بتوانیم خون را تصفیه کنیم

تعداد جلسه ها بستگی به شدت نارسایی دارد و از

بار تا ۳ بار در هفته انجام می شود، اما دیالیز را نمی توانیم به مدت طولانی ادامه دهیم. امروزه، ۱ پیوند اعضا در درمان این بیماران جایگاه ویژه ای پیدا کرده است و ابداع داروهایی که از پس زدن عضو پیوندی ممانعت می کند نیز این نوع از درمان را آسان تر کرده است پس گزینه نهایی و برتر پیوند کلیه است



References

Goldman L, et al. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders

Elsevier; 2012. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Oct. 1, 2013.

Ferri FF. Ferri's Clinical Advisor 2014: 5 Books in 1. Philadelphia, Pa.: Mosby

Elsevier; 2014. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed Oct. 1, 2013.

Marx JA, et al. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2014. <http://www.clinicalkey.com>.

Accessed Oct. 1, 2013.

Bope ET, et al. Conn's Current Therapy. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2013. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Oct. 1, 2013.

About chronic kidney disease: A guide for patients and their families. National Kidney Foundation. <http://www.kidney.org/atoz/content/aboutckd.cfm>. Accessed Oct. 2, 2013.

ترومای نخاع

ترومای نخاع از اختلالات عامل اختلال نعوظ در مردان است

امروزه آسیب های نخاعی در افراد بالای ۶۳ سال نیز به علت انجام کارهای خطرناک مانند رفتن به

ارتفاعات یا افتادن از پله بیشتر مشاهده می شود. آسیب نخاعی، یک بیماری مادام العمر است

در کشور ما، مردان جوان به علت احتمال بیشتر پشت فرمان نشستن یا راندن با سرعت غیرمجاز و

سقوط از بلندی و رعایت نکردن نکات ایمنی کار، قربانیان اصلی ضایعات نخاعی هستند، به طوری که

به ازای هر ۰ مرد دچار آسیب نخاعی، یک زن به این بیماری مبتلاست

آسیب ها معمولا به ناحیه گردنی و کمری وارد می شود و تقریبا ۱۳ درصد بیماران دچار آسیب گردنی

و

درصد دچار آسیب کمری هستند 13

امروزه آسیب های نخاعی در افراد بالای ۶۳ سال نیز به علت انجام کارهای خطرناک مانند رفتن به

ارتفاعات یا افتادن از پله بیشتر مشاهده می شود

آسیب نخاعی، یک بیماری مادام العمر است

بهترین راهکار درمانی در شرایط مزمن آن است که از آلام این گروه از بیماران آسیب پذیر کاسته و از

مرگ آنها پیشگیری شود

البته پیامدهای آسیب نخاعی بسیار و مقابله با آنها دشوار، ولی ممکن است. مواردی که در ادامه بازگو

می شوند، از شایع ترین پیامدهای آسیب نخاعی هستند

خطری که بیماران نخاعی را تهدید می کند، کاهش فشارخون و افت ضربان قلب است

اختلال در تنفس

بیشتر بیمارانی که از ناحیه گردن دچار عارضه نخاعی شده اند، ابتدا نمی توانند به راحتی یا بدون

استفاده

از دستگاه تهویه ریوی تنفس کنند، زیرا عضلات تنفسی که از نخاع گردنی فرمان می گیرند، فلج هستند

افراد مبتلا حتی قادر به سرفه کردن هم نیستند و با نقص در عملکرد دستگاه تنفسی، در معرض بسیاری

از اختلال ها و عفونت های تنفسی قرار می گیرند

در این موارد اقدام های مداخله گرانه تیم پزشکی نجات بخش جان بیمار است. به تدریج و با گذشت

زمان

مشکلات تنفسی کمتر و بیمار از دستگاه جدا می شود و تنفس به حالت قبل برمی گردد

عوارض قلبی و عروقی

بر اثر آسیب به نخاع، قلب نوسانات طبیعی اش را از دست می دهد و اعصاب سمپاتیک (تندکننده) از

مغز

به نخاع و از آنجا به قلب پیام می رسانند و باعث افزایش تعداد ضربان قلب می شوند

از آنجا که ارتباط بین نخاع و مغز بیماران ضایعه نخاعی قطع می شود، ضربان قلب کندتر خواهد شد

البته چون عصب واگ کندکننده بیرون از نخاع قرار گرفته، سالم می ماند و کماکان به کار خود ادامه

می دهد

خطری که بیماران نخاعی را تهدید می کند، کاهش فشارخون و افت ضربان قلب است

اگر آسیب نخاعی بالاتر از مهره ششم پشتی اتفاق بیفتد، عکس این حالت رخ می دهد و با کوچک ترین

فشار یا تحریکی، مانند پرشدگی مثانه یا روده، فشارخون به بیش از ۱۳۳ میلی متر جیوه هم می رسد

– علت افزایش فشارخون، برگشت و تشدید رفلکس های نخاعی است. در این حالت سیستم قلبی عروقی

- بسیار فعال تر از سیستم قلبی عروقی یک انسان سالم می شود و فعالیت بازتاب های خودمختار که

تحت تاثیر نخاع و مغز هستند، افزایش می یابد

تشخیص این دو اختلال به بررسی کامل تری نیاز دارد

سیستم تعریق بیماران نخاعی دچار اختلال است، بنابراین اگر یک فرد مبتلا به ضایعه نخاعی بیش از نیم

ساعت زیر آفتاب بماند، به احتمال زیاد گرمازده می شود

بی نظمی اجابت مزاج

نحوه انجام اجابت مزاج به بیماران نخاعی باید آموزش داده و مثلا هر دو روز یک بار و سر ساعت

معینی مثلا ۹ صبح انجام شود. تحریک خروج مدفوع ممکن است با انگشت، تنقیه سبک یا گذاشتن

شیاف باشد

حتی در آسیب های نخاع گردنی نیز با آموزش و تمرین بدن، بیمار بعد از ۵ تا ۱ ماه به این وضعیت

عادت می کند

این موضوع از آن جهت مهم است که بیمار بتواند به راحتی در جمع حاضر شود، زیرا اجابت مزاج

بی موقع، مشکلاتی برایش پدید می آورد

اگر بیمار رژیم غذایی مناسبی نداشته باشد و بنا به دلایل مختلف دچار اسهال یا یبوست شود، این نظم به هم می خورد. یبوست نیز آثار سوئی مانند شقاق مقعد، بواسیر و بدخیمی روده ها را در درازمدت به دنبال

خواهد داشت، بنابراین لازم است همه بیماران دچار ضایعه نخاعی با یک متخصص تغذیه مشاوره کنند
دستگاه ادراری

مشکلات دستگاه ادراری

میزان مصرف مایعات در بیماران ضایعه نخاعی باید به وسیله پزشک معالج معین شود، زیرا مصرف زیاد مایعات باعث تجمع آب در بدن، به خصوص اندام تحتانی خواهد شد

از آنجا که در این بیماران فعالیت اعصاب سمپاتیک کندتر می شود و تنگ و گشادشدن عروق اندام تحتانی هم تحت تاثیر این اعصاب است، تجمع زیاد مایع در پا باعث ادم ورم اندام و در موارد شدید،

ادم ریوی و در نهایت مرگ بیمار می شود

مسأله دیگر نحوه دفع ادرار در این بیماران است، به طوری که بتوانند در عین دفع ادرار، تمیز و خشک

باقی بمانند

بیماران نخاعی به دو دسته تقسیم می شوند؛ یا هر دو دست و دو پایشان درگیر است یا دست هایشان سالم

است که ۷۳ درصد بیماران را تشکیل می دهند

در گروه اول، سوندگذاری معمولاً به طور دائمی انجام می شود، ولی در گروه دوم، بهترین روش

استفاده

از سوند متناوب با صلاحدید پزشک است

این گروه کنترل ادراری ندارند و بهتر است راس ساعت معین به دستشویی بروند و مثانه را با سوند

متناوب تخلیه کنند که از نظر مراجع علمی بین المللی یکی از بهترین شیوه ها برای دفع ادرار محسوب

می شود

سوندگذاری دائمی باعث افزایش احتمال عفونت ادراری، زخم مجرای ادرار، کم شدن فشار مثانه و

کوچک شدن حجم مثانه خواهد شد

علاوه بر آن حمل کیسه ادرار و قابل مشاهده بودن آن شاید چندان خوشایند نباشد که در این موارد نیز به

بیمار آموزش داده می شود کیسه ادرار را زیر شلوار و به ساق پایش ببندد

دو عامل مهم برای پیشگیری از ایجاد زخم بستر در بیماران نخاعی، جابجا شدن به سمت چپ و راست

هر یک و نیم ساعت یک بار و تغذیه مناسب است

کاهش تعریق در زیر سطح ضایعه

سیستم تعریق بیماران نخاعی دچار اختلال است، بنابراین اگر یک فرد مبتلا به ضایعه نخاعی بیش از نیم

ساعت زیر آفتاب بماند، به احتمال زیاد گرمای آن می شود

دریافت نمی کنند و این برایشان از طرفی این بیماران به خاطر دوری از آفتاب، به اندازه کافی ویتامین د

مشکل زاست، به خصوص در زنان که به طور طبیعی بعد از سن ۵۱ سالگی به علت یائسگی، در

معرض

پوکی استخوان قرار دارند، خیلی زودتر دچار این بیماری خواهند شد

بنابراین لازم است دوز بالاتری از مکمل های کلسیم و ویتامین د

را برای پیشگیری از عارضه پوکی استخوان مصرف کنند و زمان مناسبی در طی روز در معرض

اشعه آفتاب قرار گیرند

از بین رفتن احساس درد

از بین رفتن احساس درد، تشخیص بعضی از بیماری ها را پیچیده تر می کند، مثلا اگر یک فرد معمولی به

عفونت ادراری دچار شود، با مشاهده علائم اولیه مثل تکرر ادرار، احساس فشار و پری مثانه، خیلی

زود متوجه بیماری خود می شود و به پزشک مراجعه می کند، اما بیماران نخاعی متاسفانه زمانی متوجه

بیماری خود می شوند که تب و لرز به آن اضافه و یک عفونت ادراری ساده به عفونت دستگاه ادراری

فوقانی تبدیل شده است

پس همه بیماران باید هوشیار باشند و با مشاهده هر گونه تغییری، به سرعت عکس العمل نشان دهند و به

پزشک مراجعه کنند

این بیماران همیشه باید مراقب سلامت پوست خود، به خصوص در پاهایشان باشند و از خوابیدن کنار

شوفاز و اجسام داغ و پوشیدن کفش های نامناسب خودداری کنند

آنها باید هر روز پاهایشان را به دقت معاینه و در صورت مشاهده هر گونه زخمی، به پزشک معالج

مراجعه کنند

انواع زخم بستر

ایجاد زخم های فشاری

اصل مهم، پیشگیری از بروز زخم فشاری یا زخم بستر است

دو عامل مهم برای پیشگیری از ایجاد زخم فشاری در بیماران نخاعی، جابجا شدن به سمت چپ و راست

هر یک و نیم ساعت یک بار و تغذیه مناسب است

با انجام این کار، فشار مداوم از روی یک نقطه تحت فشار برداشته می شود. استفاده از تخت های

مخصوص برای جلوگیری از ایجاد زخم های فشاری به عنوان یک اقدام اولیه به هیچ وجه توصیه

نمی شود

تخت های مخصوص برای بیمارانی مناسب است که باوجود همه اقدام های انجام شده، همچنان زخم

بستر

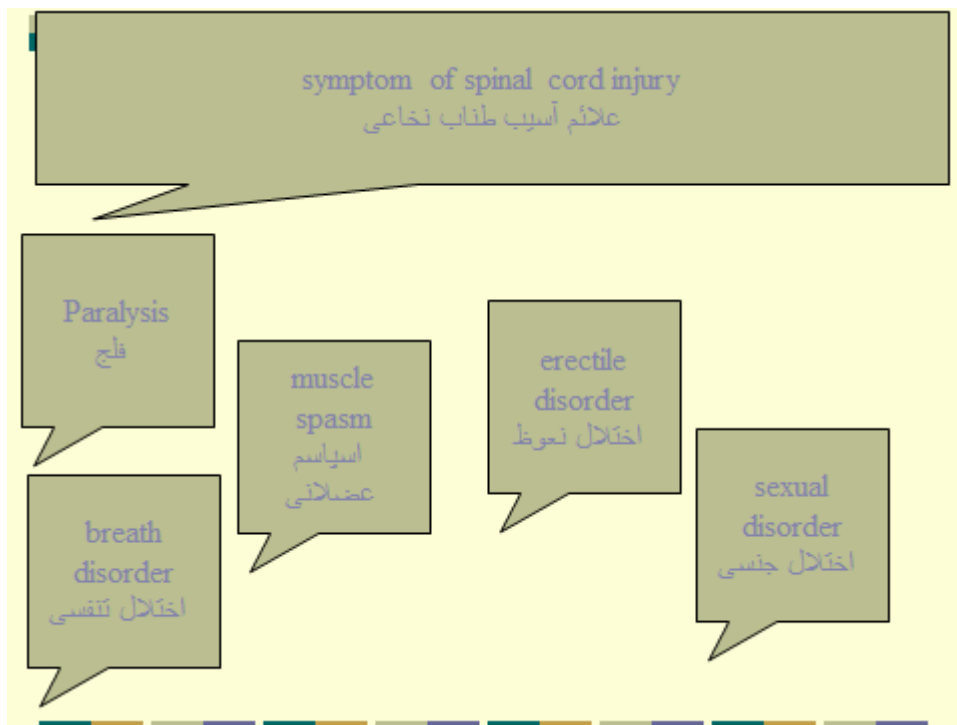
مقاوم به درمان دارند، اما لازم است کف صندلی چرخدار حتما تشک های مخصوصی انداخته شود. این

تشک ها مجهز به حباب های هوا هستند و همیشه و همه جا باید همراه بیمار باشند

حتی در صورت استفاده از این تشک ها هم، فرد مبتلا باید هر ۱۳ دقیقه یکبار به جلو، عقب و راست و

چپ جابجا شود

افرادی که تغذیه نامناسب دارند و سیگاری هستند، بیشتر دچار زخم های فشاری می شوند



References

Adams JG. Emergency Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier;

2013. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed July 9, 2014.

Hansebout RR, et al. Acute traumatic spinal cord injury.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 9, 2014.

Spinal trauma. The Merck Manuals: The Merck Manual for Health Care

Professionals.

http://www.merckmanuals.com/professional/injuries_poisoning/spinal_trauma/s

[pinal_trauma.html](http://www.merckmanuals.com/professional/injuries_poisoning/spinal_trauma/spinal_trauma.html). Accessed July 9, 2014.

افسردگی

افسردگی از اختلالات عامل اختلال نعوظ در مردان است

افسردگی یک بیماری روانی است که باعث احساس غم و ناراحتی مداوم و از دست دادن علاقه می شود

اکثر افراد بعضی از مواقع احساس ناراحتی، افسردگی و غم می نمایند،

احساس افسرده و غمگین بودن واکنشی طبیعی بدن به مشکلات زندگی و از دست دادن چیزها و کسانی

که به آنها علاقه داریم، می باشد

اما زمانیکه این احساس غم و اندوه شدید، بی امیدی، بی چارگی و بی ارزشی بیشتر از چند روز یا چند

هفته طول بکشد، شما دچار بیماری افسردگی شده اید

افسردگی بیماری افسردگی بر طرز فکر، احساس و رفتار شما تاثیر می گذارد. افسردگی می تواند،

باعث

ابتلای به انواع بیماری های جسمی و روانی شود

افراد افسرده ممکن است در انجام وظایف روزانه ناتوان بوده و حتی احساس کنند، زندگی ارزش زندگی

کردن ندارد.

برخلاف تصور افراد افسردگی فقط یک ضعف و ناتوانی نیست و نمی توان آنرا به سادگی

نادیده گرفت، بلکه یک بیماری مزمن مانند دیابت، فشارخون و ... است که باید برای درمان آن اقدام

اکثر افراد مبتلا به بیماری افسردگی بعد از مصرف دارو، جلسات مشاوره و یا سایر اشکال درمان، کرد

بهبود

می یابند

علائم بیماری افسردگی

برطبق انستیتوی ملی سلامت روانی آمریکا، افرادی که درچار اختلال افسردگی هستند، علائم و نشانه های

یکسانی ندارند. بعضی از علائم معمول و متداول افسردگی شامل

مشکل در تمرکز، یادآوری جزئیات و تصمیم گیری

خستگی و کاهش انرژی

احساس گناه، بی ارزشی و یا درماندگی

بدون امید به آینده و بدبینی

بیخوابی، بیدار شدن صبح زود و یا خواب زیاد

بیقراری و ن آرامی

از دست دادن علاقه به فعالیت های لذت بخش، شامل رابطه جنسی

از دست دادن لذت به زندگی

پر خوری عصبی و یا کاهش اشتها

سردرد، گرفتگی عضلات و یا مشکلات گوارشی

کاهش میل جنسی

گریه کردن بدون هیچ دلیل خاصی

معمولا افراد در سنین نوجوانی و یا بین دهه دوم و سوم زندگی رخ می دهد، اما محدودیت برای آن

وجود

نداشته و افراد در همه سنین دچار ممکن است، دچار افسردگی شوند

تعداد زنان مبتلا به افسردگی معمولا دوبرابر زنان می باشد، اما این آمار دقیق نبوده و شاید بخاطر

مراجعه بیشتر زنان به پزشک بوجود آمده باشد. افرادی که هر یک از شرایط زیر درباره آنها صدق

می کند، خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی آنها را تهدید می کند

زنان

کسانیکه در خانواده شان سابقه افسردگی وجود دارد

تجربیات آسیب زنده در کودکی

افرادیکه دوستانشان افسرده هستند

کسانیکه اعضای خانواده و یا کسانیکه دوست داشته اند را از دست داده اند

(کسانیکه به تازگی زایمان کرده اند) افسردگی پس از زایمان

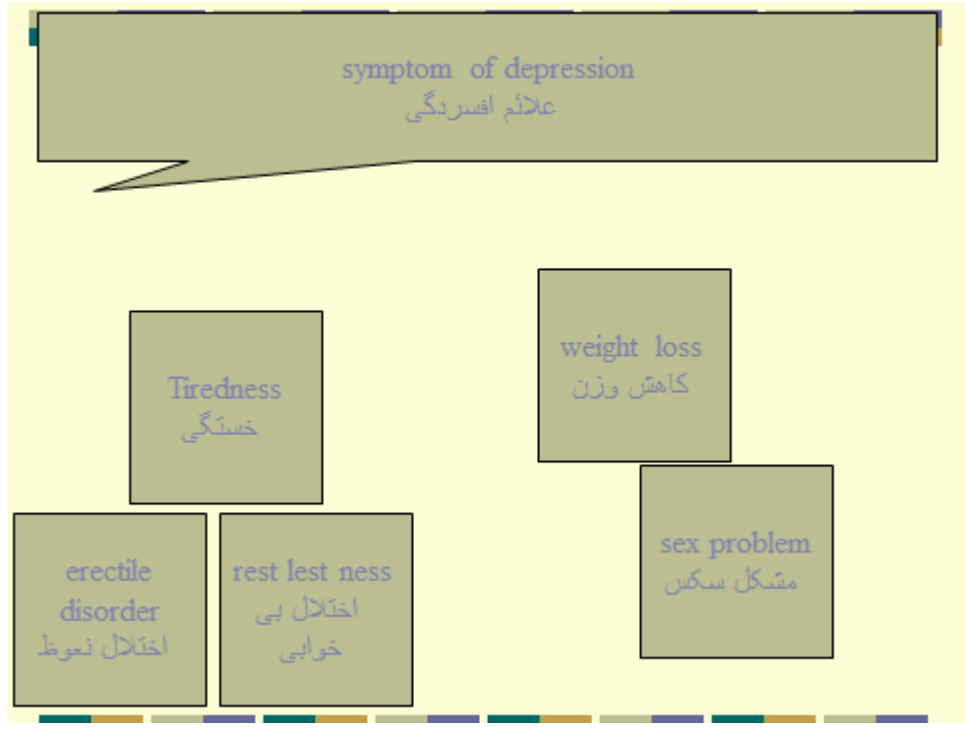
کسانیکه سابقه افسردگی دارند

کسانیکه به بیماریهای خطرناک از قبیل سرطان، دیابت، بیماری های قلبی، آلزایمر و یا اچ ای وی/ ایدز

کسانیکه عادات شخصیتی و رفتاری خاصی دارند، مثلا افراد بسیار وابسته، بدون عزت نفس، بدبین

معتادان به الکل و موادمخدر

افرادیکه داروهای خاصی از جمله، داروی فشارخون، قرص خواب و یا سایر داروهای خاص



references

Psaltopoulou T, et al. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Annals of Neurology*. 2013;74:580.

Lucas M, et al. Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain, Behavior and Immunity*. 2014;36:46.

Lai JS, et al. A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. American Journal of Clinical Nutrition. 2014;99:181.

Jacka FN, et al. Dietary patterns and depressive symptoms over time: Examining the relationships with socioeconomic position, health behaviors and cardiovascular risk. PLOS One. 2014;9:e87657.

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087657>.

Accessed Feb. 23, 2015.

سکته مغزی

سکته مغزی از اختلالات زمینه ساز اختلال نعوظ در مردان است

سکته مغزی آسیب عصبی حاد ناشی از اختلال خونرسانی به قسمتی از بافت مغز که ناشی از انسداد

رگ مغزی به وسیله یک لخته خونی و یا پارگی یکی از عروق تغذیه کننده آن قسمت بافت مغز می باشد

به بیان دیگر اگر خونرسانی به قسمتی از مغز دچار اختلال شده و متوقف گردد، این قسمت از مغز دیگر

نمی تواند عملکرد طبیعی خود را داشته باشد. این وضعیت را اصطلاحاً سکته مغزی می نامند

سکته مغزی می تواند به عللی مانند بسته شدن یا پاره شدن یکی از رگ های خون رسان مغز ایجاد شود

به نظر برخی پزشکان و متخصصان، خطر بروز سکته مغزی در زنان به علت بیماری های ژنتیک،

موارد هورمونی، مصرف برخی داروها و پیامدهای ناشی از زایمان بیشتر از مردان است

معمولاً قبل از بروز سکته مغزی علائم هشدار دهنده ای وجود ندارد و یا اینکه علائم بسیار جزئی

هستند

بعد از بروز سکته مغزی بیمار باید بلافاصله در بیمارستان بستری گشته تا از بروز صدمات دائمی به

مغز جلوگیری شود

عوارضی که بعد از سکته مغزی ایجاد می شود بستگی به محل سکته و وسعت بافت های گرفتار شده مغز

دارد. عوارض سکته مغزی از عوارض خفیف و گذرا مثل تاری دید تا عوارض فلج کننده دائمی و یا حتی مرگ را شامل می شود

اگر این علائم در طول ۲۲ ساعت از بین بروند، این وضعیت را اصطلاحاً حمله ایسکمی گذرا می نامند که یک علامت هشدار دهنده از یک سکته مغزی احتمالی در (transient ischemic attack) آینده می باشد. سکته مغزی سومین عامل مرگ و میر در جهان است

آمار سکته مغزی در ایران نیز چندان مناسب نیست. پزشکان ایرانی می گویند افراد در ایران ۵۳ سال زودتر از سایر کشورها به سکته مغزی مبتلا می شوند. متخصصان کم تحرکی، مصرف بی رویه نمک و چربی، چاقی، استعمال دخانیات و در مجموع رژیم نامناسب غذایی را عاملی برای حرکت به سمت سکته های مغزی ایرانیان می دانند

بر اساس آمار میدانی سکته های مغزی در مردان ایرانی ۱۱ درصد بیشتر از زنان است

حدود نیمی از تمام موارد سکته های مغزی بر اثر بسته شدن یک شریان مغزی با یک لخته خون که به

آن اصطلاح ۱۱ ترومبوز مغزی گفته می شود ایجاد می گردد

دیگر عوامل عمده سکته مغزی را آمبولی مغزی و خونریزی مغزی تشکیل می دهند

آمبولی مغزی وقتی رخ می دهد که تکه ای از یک لخته خون که در جای دیگر بدن مثل قلب یا رگ

اصلی

گردن ساخته شده، خود را از طریق جریان خون به یکی از شریان های خون رسان مغز برساند و در

آنجا

گیر کند. حدود یک چهارم از سکته های مغزی بر اثر آمبولی مغزی بروز می کنند

خونریزی مغزی باعث حدود ۲۱۲ سکته های مغزی می باشد بر اثر پاره شدن یکی از شریان های مغز

ایجاد می شود. در این موارد خون بر روی بافت های اطراف آن ریخته می شود

لخته های خونی که باعث ترومبوز و آمبولی مغزی می شوند احتمال زیادی دارند که در یک شریانی که

بر اثر آترواسکلروسیس آسیب دیده است ساخته شده باشند

تصلب شراین وضعیتی است که در آن دیواره رگ ها بر اثر رسوب چربی سفت می شود. عواملی که

باعث افزایش احتمال ایجاد تصلب شراین می شود عبارتند از سیگار کشیدن، مصرف زیاد چربی در

رژیم غذایی، دیابت و وجود مقدار زیادی چربی در خون

آمبولی مغزی ممکن است بر اثر اختلال در ریتم ضربان قلب، اختلالات دریچه ای قلب و یا سکته قلبی

که به تازگی رخ داده است، ایجاد شود که تمام این موارد می توانند باعث ساخته شدن لخته خون در قلب

شوند

خطر بروز آمبولی مغزی، ترومبوز مغزی و خونریزی مغزی با بالا رفتن فشار خون افزایش می یابد

در بیماری سلول داسی شکل سیکل سل که یک ناهنجاری گلوبول های قرمز خون می باشد، بخاطر

شکل گوبول های قرمز که به صورت داس درمی آیند و احتمال چسبیدن به هم و گیر کردن در عروق

خونی را دارند، خطر ترومبوز مغزی افزایش می یابد. گاهی ترومبوز ممکن است بر اثر تنگ و باریک

شدن شریان های خون رساننده به مغز بخاطر التهاب ایجاد گردد

التهاب شریان ممکن است به علت وجود یک بیماری خود ایمن مثل پلی آر تریٹ ندوزا ایجاد شود. در

این بیماری سیستم ایمنی بدن به بافت های سالم بدن حمله می کند

در سکته های مغزی خونریزی دهنده که ناشی از پاره شدن یک رگ خونی در داخل یا سطح مغز

می باشند وقتی که یک رگ خونی پاره می شود، دیگر حس به سلول های مغزی نمی رسد، به علاوه

نشست

خون از رگ پاره شده، می تواند به بافت مغزی آسیب جدی وارد نماید

علائم سکته مغزی

در بیشتر افراد علائم سکته مغزی به سرعت و در عرض چند ثانیه یا چند دقیقه بعد از وقوع سکته خود

را نشان می دهند. علائم هر سکته مغزی بستگی به قسمتی از مغز دارد که دچار گرفتاری شده است.

این

علائم امکان دارد شامل موارد زیر گردد

ضعف و کرختی صورت و بازوها یا پاها به خصوص در یک طرف بدن همی پارزی

فلج صورت. بازو و پاها در همان طرف همی پلژی

عدم تعادل و لنگ زدن آتاکسی

اختلال در تکلم یا در درک کلام دیس آرتری

اشکال در بلع دیس فاژی

- کرختی و سوزش قسمت های بدن اشکال در درک وضعیت و موقعیت پارسنتزی -

- دو بینی تاری دید یا از دست دادن بینایی به خصوص در یک چشم

سر درد شدید و ناگهانی

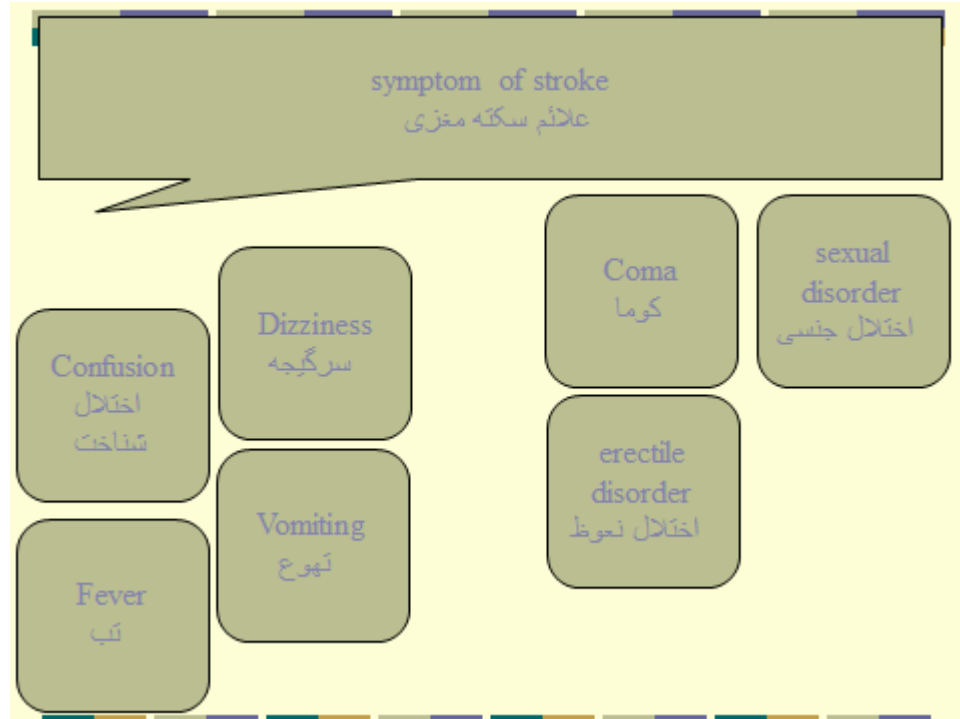
- از دست دادن حافظه کوتاه مدت و طولانی مدت اختلال در قضاوت

سرگیجه بدون دلیل و سقوط ناگهانی

بی اختیاری ادرار و مدفوع

اشکال در پیدا کردن کلمات و فهمیدن آن چیزی که دیگران می گویند

عدم توانایی در انجام حرکات ظریف



References

Stroke: Hope through research. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>. Accessed Nov. 9, 2013.

Oliveira-Filho J. Initial assessment and management of acute stroke. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Nov. 9, 2013.

Know stroke brochure. National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

<http://stroke.nih.gov/materials/actintime.htm>. Accessed Nov. 9, 2013.

Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics — 2013 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127:e6.

فصل چهارم نارسایی بیضه

testicle deficiency

اختلال عملکرد جنسی در مردان، به عدم توانایی در رسیدن به رابطه رضایت بخش جنسی اطلاق می

گردد

ممکن است ناشی از ناکافی بودن نعوظ.. اشکال در ریخته شدن مایع منی به مجرای پروستاتیک و یا

اشکال در انزال باشد

ناتوانی جنسی وضعیتی است که در آن مرد نمی تواند نعوظ پیدا کرده و قادر نیست که نعوظ خود را به

مدت کافی جهت انجام نزدیکی حفظ نماید

اگر چه مشکل شایعی برای یک زوج محسوب می گردد ولی قابل درمان نیز هست

ناتوانی در بسیاری از مردان به صورت نعوظ ناقص و یا اشکال دیگر آن دیده می شود ولی می تواند به

صورت دائمی و مزمن باقی بماند

مواردی مثل بیماری های مزمن، داروها، افسردگی، هیجان و تشویش باعث بروز انواع زودگذر آن شده

و مطمئن باشید که در صورت ابتلا به آن مجبور نیستید تا آخر عمر با آن زندگی نمایید

تشخیص نارسایی بیضه

سونوگرافی بیضه ●

سونوگرافی بیضه یک آزمایش بسیار شایع است ولی کمک آن به تشخیص محدود است. اندازه بیضه با

معاینه بالینی و با ارکیدومتر یا وسیله ای که قطر بیضه را اندازه گیری میکنند دقیق تر است. داپلر

سونوگرافی میتواند وجود واریکوسل را در بیضه نشان دهد ولی از نظر بالینی ارزش کمی دارد

سونوگرافی از طریق مقعد میتواند فقط در آروسپرمی های انسدادی در برخی از بیماران و هنگامی که

انسداد بالاتر از سمینال وزیکول است نشان دهد

این تست توسط متخصص مربوطه درخواست خواهد شد. متأسفانه برخی از پزشکان بدون توجه به

قدرت تشخیصی سونوگرافی بیضه را برای تمام بیماران بصورت معمول درخواست می کنند

بیوپسی بیضه

به منظور اطلاع از اینکه آیا تولید اسپرم در بیضه ها طبیعی یا غیرطبیعی است بایستی از بیضه ها

نمونه برداری شود

از آنجایی که با این کار بافت بیضه بطور مستقیم مورد بررسی قرار می گیرد این روش به عنوان روش در مورد عملکرد بیضه ها شناخته شده است

این عمل ساده ای است که تحت بی حسی موضعی در اتاق عمل و یا در صورت مجهز بودن در مطب پزشکان قابل اجرا است . عمل فوق ۵ ۱۱ دقیقه بطول می انجامد و در طی آن از یک یا هر دو بیضه ، بسته به مشکل موجود نمونه برداری می شود

بافت بیضه خارج شده را در ظرف حاوی مایع نگهدارنده مخصوص قرار داده و برای پاتولوژیست

ارسال می کنند تا پس از رنگ آمیزی ، آن را در زیر میکروسکوپ بررسی نماید

عمل نمونه برداری درد چندانی ندارد زیرا مواد بی حسی دهنده بافتها را بی حس می کند. فقط یک درد مبهم

و خفیف در چند روز اول عمل احساس می گردد که با ضد دردهای ضعیف برطرف می شود

از آنجایی که نمونه برداری از بیضه ها نوعی عمل جراحی محسوب می گردد

اغلب پزشکان این آزمایش را در آخرین مرحله بررسی مردان درخواست می کنند. در بیشتر موارد

هنگامی که سطح خونی

FSH

بالا است یعنی نارسایی بیضه یا بیضه ها از نظر بالینی خیلی کوچک و آتروفی هستند، پزشک دیگر

نیازی به انجام نمونه برداری نمی بیند زیرا تأثیر چندانی در درمان نخواهد داشت

اگر به شما توصیه نمونه برداری بیضه شده است ، می توانید از پزشک خود در مورد اینکه نتیجه آن

چقدر

در نحوه درمان مؤثر است سؤال نمایید

تفسیر: اگرچه نمونه برداری روش ساده ای است اما تفسیر آن در مواقعی که توسط پاتولوژیست ماهر

انجام نمی گیرد مشکل خواهد بود. پزشک به شواهد تولید اسپرم در لوله های منی ساز سمی نیف

توجه می کند

در برخی موارد هیچ اسپرمی دیده نمی شود فقدان اسپرماتوزن (یا اینکه تولید اسپرم در مرحله خاصی

متوقف می گردد) توقف در مراحل بلوغ

این پدیده مؤید نارسایی بیضه می باشد که معمولا ۱ غیر قابل برگشت بوده و هیچ درمان خاصی برای آن

وجود ندارد

از طرف دیگر ممکن است تولید اسپرم در بیضه ها بطور کامل مشاهده گردد ولی هیچ اسپرمی در مایع

انزال یافته مشهود نباشد. این بدان معنی است که انسدادی در مجاری تولیدمثل مرد وجود دارد

در این موارد است که نمونه برداری بیضه ها بسیار مفید واقع می شود. بعنوان مثال در ارزیابی مردان

آزوسپرمی به منظور تعیین اینکه آیا مانعی در انتقال اسپرم وجود دارد

نمونه برداری از بیضه ها عملی است که به علت ساده بودن آن ممکن است بطور صحیح انجام نگیرد.

این

عمل بهتر است توسط متخصص مربوطه انجام شود زیرا بیوپسی هایی که نادرست انجام می شوند ممکن

است موجب چسبندگی و فیبروز عوارض عمل گردند که نیاز به اعمال جراحی ترمیمی اپیدیدیم را

بدنبال داشته باشد

شایعترین مشکل در نمونه برداری از بیضه ، گزارش غیر دقیق و نادرست پاتولوژیست است . تفسیر

نمونه خارج شده از بافت بیضه بسیار مشکل بوده و نیاز به مهارت خاص داشته و نباید توسط هر

پاتولوژیستی انجام گیرد

شما می بایستی اسلایدهای نمونه را پس گرفته و آنها را به دقت نگاهداری نمایید. آزمایشگاه پاتولوژی هم

باید بافتها را به دقت تهیه کند. متأسفانه نیاز به تکرار نمونه برداری از بیضه بطور شایع دیده می شود زیرا

نمونه اول بطور نادرست تهیه گردیده و تفسیر آن دقیق نبوده است

بهتر است اسلایدهای مربوط به بیوپسی بیضه توسط یک متخصص دیگر بازبینی شده و عقیده او هم در مورد درمان در نظر گرفته شود

وازوگرافی یکی از آزمایشات جراحی است که در آن ماده رادیوپاک را به داخل مجرای منی تزریق

می کنند تا اگر باز است مشخص گردد و یا اینکه اگر بسته است محل درست انسداد معلوم شود

این آزمایش نیاز به جراحی و وسایل رادیولوژی داشته و خیلی کم انجام می شود زیرا موجب تخریب مجرای منی می گردد

در برخی از مردان مبتلا به نارسایی بیضه کاریوتیپ (بررسی کروموزوم ها)، مفید واقع می گردد

بررسی کاریوتیپ موجب تشخیص اختلالات کروموزومی مسبب آروسپرمی می گردد

بعنوان مثال در بیماری کلاین فیلتر فرد دارای یک کروموزوم اضافی ایکس

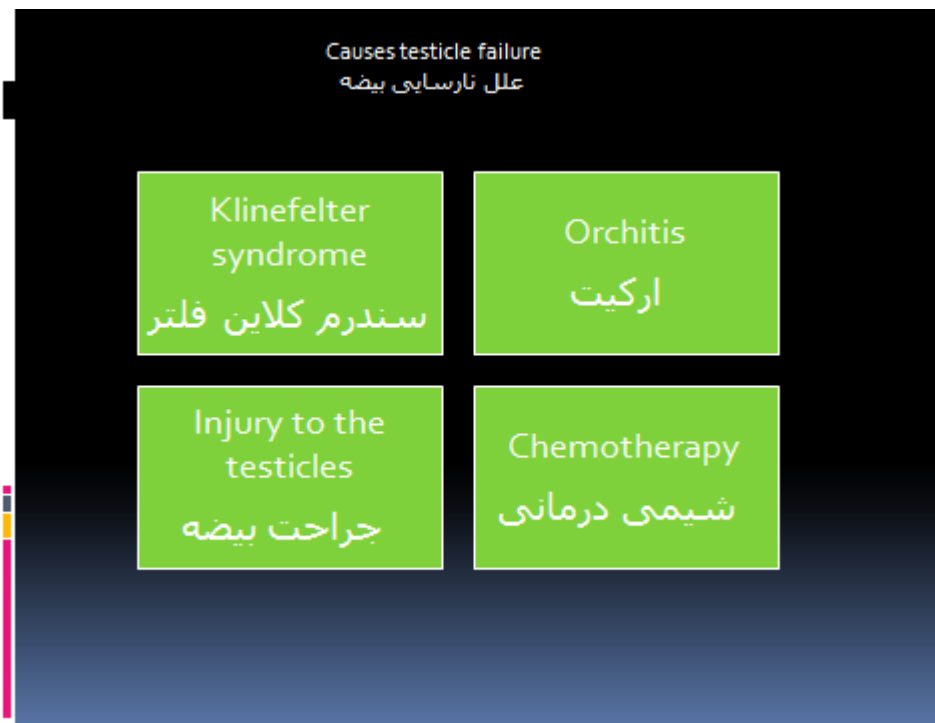
بوده و فرمول کروموزومی

XXY 47

است . اگرچه هیچ درمانی برای نارسایی بیضه وجود ندارد ولی با انجام این آزمایش ، حداقل می توان

پاسخی به این سؤال که چرا بیضه ها نارسا می باشند و این سؤال که چرا درمانهای جدید نمی تواند این

بیماران را درمان نماید بدست آورد



References

Snyder PJ. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

Anawalt BD, et al. Performance of total testosterone measurement to predict free testosterone for the biochemical evaluation of male hypogonadism. *The Journal of Urology*. 2012;187:1369.

Papadakis MA, et al. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2013. 52nd ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies; 2013.

<http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>. Accessed July 29, 2013.

فصل پنجم نعوظ دردناک

priapism

پریاپیسم بیماری غیر شایعی است که آلت تناسلی جنس مذکر به مدت طولانی در حالت نعوظ باقی

می ماند و معمولاً دردناک و بدون میل جنسی یا تحریک جنسی است

علت آن ممکن است مصرف داروهای اعصاب و روان باشد. علل دیگری هم دارد، بعضی بیماری های

خونی ممکن است عامل بروز این بیماری باشد

افرادی که مبتلا به بیماری گلبول های قرمز هستند، مستعد آن هستند. اما گاهی هم بدون هیچ علتی

به صورت خودبه خودی اتفاق می افتد

مصرف کم یا زیاد مایعات هم ممکن است این حالت را ایجاد کند. در ۲۱ درصد موارد، بیماریهای

زمینه ای مثل لوسمی، بیماری سلول داسی، سرطانهای لگنی، و عفونتهای لگنی و همچنین صدمات آلت،

صدمه به طناب نخاعی یا مصرف دارو است

بیمارانی که پریاپیسم با جریان کم دارند معمولاً با تاریخچه نعوظ دردناک آلت که از چند ساعت قبل

شروع شده است مراجعه می کنند. جسم غاری به علت پرخونی، سفت و در لمس حساس است

ناحیه گننس و جسم اسفنجی نرم هستند. اکثر مولفین، علت اصلی پریاپیسم را انسداد فیزیولوژیک در

تخلیه وریدی می دانند که منجر به تجمع خون غلیظ با

CO2 کم O2

زیاد در داخل جسم غاری می شود

اگر این روند برای چند روز ادامه یابد، ادم و تورم نسجی بینابینی و فیبروز جسم غاری ایجاد می شود

که در نهایت منجر به بروز ناتوانی جنسی در بیمار خواهد شد

امروزه، شایعترین علت آن تزریقات داخل جسم غاری جهت درمان ناتوانی جنسی است

مصرف داروهای اعصاب و روان، بیماری های خونی، سرطانهای لگنی، عفونتهای لگنی، صدمات

آلت،

صدمه به طناب نخاعی جزو عوامل خطر ساز این بیماری هستند

پریاپیسم ایسکمیک می تواند باعث عوارض وخیمی شود. خون به دام افتاده درون آلت تناسلی از اکسیژن

تهی شده و باعث آسیب به بافت ها می شود

در صورتی که نعوظ بیش از ۵ ساعت ادامه پیدا کند خون بدون اکسیژن شروع به نابود کردن بافت ها

در آلت تناسلی می کند و در نهایت باعث اختلال نعوظ در فرد و از شکل افتادن آلت تناسلی می شود

پریاپیسم از اورژانسهای اورولوژی است. تجویز مسکن و تنقیه با محلول نمکی سرد می تواند موجب

رفع

نعوظ شود

از بیحسی نخاعی یا اپیدورال هم می توان استفاده کرد و با سوزن بزرگی از طریق گلنس، خون موجود

در جسم غاری را تخلیه نمود. اضافه کردن مواد آدرنرژیک به محلول شستشوی جسم غاری کمک کننده

است

راه دوم: قابل اطمینان ترین راه جراحی زیر بی هوشی عمومی است. در برخی مراکز آمبولیزاسیون

زیر هدایت اشعه ایکس سرخرگ پودندال نتایج خوبی داشته است



References

Priapism. The Merck Manuals: The Merck Manual for Healthcare Professionals.

<http://www.merck.com/mmpe/print/sec17/ch226/ch226j.html>. Accessed March 14, 2013.

AUA guideline on the management of priapism. Linthicum, Md.: American

Urological Association Education and Research Inc.

[http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-](http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines.cfm?sub=priapism)

[guidelines.cfm?sub=priapism](http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines.cfm?sub=priapism). Accessed March 14, 2013.

Broderick GA, et al. Priapism: Pathogenesis, epidemiology, and management.

Journal of Sexual Medicine. 2010;7:476.

Burnett AL, et al. Priapism: Current principles and practice. Urology Clinics of

North America. 2007;34:631.

Deveci S. Priapism. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed March 14, 2013.

فصل ششم کمبود تستوسترون

testosterone deficiency

اگر میزان این هورمونها در بدنتان کافی نباشد، شما احساس اضطراب، افسردگی و گیجی خواهید کرد

و میل جنسیتان نیز کاهش می یابد. کمبود تستوسترون همچنین باعث انحطاط حجم عضلانی و قدرت

جسمی شده و چربی نواحی بالاتنه و شکم را نیز افزایش می دهد

کمبود آندروژن نیز زمانی اتفاق می افتد که بافت های بدن برای کارکرد طبیعی خود، به میزان کافی در

معرض آندروژن و تستوسترون قرار نمی گیرند. البته با درمان جایگزین تستوسترون

(TRT)

برای افرادی که سطح تستوسترون بدنشان پایین تر از حد نرمال است، هنوز جای امیدواری هست

چه کسانی در خطر ابتلا هستند

با اینکه مردان جوان زیاد دچار کمبود تستوسترون نمی شوند، ایجاد حالت های خاص که باعث توانایی

بدن برای تولید تستوسترون را مختل می کند، ممکن است در هر سنی مردان را گرفتار کند. در واقع،

تقریباً ۱۱٪ یک در دویست نفر از مردان زیر ۶۳ سال از کمبود آندروژن رنج می برند

میزان تستوسترون بدن مردان، معمولا ۱ با بالا رفتن سن کاهش می یابد. این مشکل از سن ۵۳ سالگی

شروع شده و هر سال تقریب ۱۱ % ۳,۰ از میزان تستوسترون بدن را کاهش می دهد

اینطور برآورد شده است که حدود ۱۳ % از مردان بالای ۶۳ سال با کاهش تولید آندروژن مواجه می

شوند که این خود برای ابتلا به کمبود آندروژن کافی است

هنوز بحث هایی پیرامون ایجاد یائسگی در مردان سالخورده، البته بسیار تدریجی تر از زنان، وجود دارد

که در حال بررسی است. و همچنان این سوال بی پاسخ مانده که آیا این کاهش میزان تستوسترون باید

مورد درمان قرار گیرد یا اینکه فقط در موارد حاد باید از درمان

TRT

استفاده نمود

تشخیص

برای تشخیص اینکه آیا دچار کمبود هستید و چه عواملی باعث آن شده است، پزشک با آزمایش خون

میزان تستوسترون خون شما را اندازه گیری می کند

پزشکان گاهی علاوه بر اندازه گیری میزان تستوسترون، میزان پرولاکتین بدن را نیز اندازه گیری

FSH LH

میکنند تا اطمینان یابند غده ی هیپوفیز شما به درستی کار می کند. آزمایشات مجدد خون، مثل سِرُم

و آزمایش تیروئید نیز گاهی مورد نیاز است

میزان نرمال تستوسترون باید بین ۱۱۳ تا ۰۳۳ نانوگرم در هر یکدهم لیتر خون باشد. البته این میزان

فرد به خاطر شرایط روز، فصل و میزان فعالیت متفاوت خواهد بود. بنابراین پزشک برای تشخیص

کامل و صحیح، آزمایشات کلی را برای بدن انجام خواهد داد

راه هایی وجود دارد تا بتوانید خودتان میزان تستوسترون بدنتان را تشخیص دهید. کیت های آزمایشی به

شما امکان می دهند تا بتوانید میزان موجود تستوسترون خونتان را تشخیص دهید

فقط کافی است نمونه ای از بزاق دهانتان را به آزمایشگاه بفرستید تا پزشکان با انجام آزمایشاتی بر روی

آن عدم توازن هورمون ها در سیستم بدنتان را تشخیص داده و راه حل هایی برای نرمال کردن سطح

تستوسترون بدنتان به شما پیشنهاد کنند

عوامل ابتلا

عوامل دخیل در ایجاد کمبود آندروژن عبارتند از

برخی درمانها، به ویژه آندسته از درمانهایی که برای رفع افسردگی یا اختلالات روانی صورت می -

گیرد

شیمی درمانی یا پرتودرمانی برای درمان سرطان که موجب آسیب رسیدن به آلت جنسی می شود -

بیماریهای مزمن -

بدکاری غده ی هیپوفیز غده ای در مغز که ماده ای ترشح می کند که تولید هورمون از مغز به بیضه -

را تنظیم می کند

هموکروماتوز بالا بودن میزان آهن بدن -

هیپوگنادیسم زمانیکه بیضه قادر به تولید میزان کافی تستوسترون، اسپرم یا آندروژن نیست -

بیماری های التهابی مثل سارکوئیدوز حالتی که موجب جراحی یا عفونت آلت جنسی می شود -

بیماری هایی مثل ایدز که به سیستم ایمنی بدن صدمه میزند -

استرس زیاد که بر سیستم کلیوی فشار وارد می کند -

علائم بیماری

تشخیص کمبود تستوسترون فقط از طریق آزمایشات کامل توسط پزشک امکان پذیر است. اگر گمان می

برید که به این مشکل دچار شده اید، بهتر است به پزشک خود مراجعه کنید. اما در این قسمت علائمی

از این مشکل را برایتان معرفی می کنیم

مشکل نعوظ

میزان کلسترول بالا بالا بدون کلسترول یا فشارخون باعث سخت شدن رگها شده و این مسئله موجب -

می شود که جریان خون در آلت جنسی کافی نباشد و میزان تستوسترون پایین بیاید

چاقی بیش از حد به ویژه در قسمت های کمر -

افسردگی -

اضطراب و تشویش -

مشکل در تمرکز یا سایر مشکلات ذهنی -

پایین بودن میل و شهوت جنسی -

کاهش تراکم استخوان که منجر به پوکی استخوان می شود -

اگر متوجه شده اید که دچار کمبود آندروژن هستید، نگران نباشید، راه حل هایی برای رفع این مشکل

وجود دارد

درمان جایگزین تستوسترون

برای مردانی که میزان کافی تستوسترون در بدن ندارند انجام می گیرد

این درمان معمولاً ۱ دراز مدت است و باید زمانی صورت بگیرد که این مشکل دقیقاً ۱۱ از نظر پزشکی با

انجام آزمایشات هورمونی لازم به اثبات رسیده باشد

تستوسترون به شکل قرص، ژل، کرم، و تزریقات درون عضلانی وجود دارد و همچنین قابل کاشت زیر

پوست نیز هست

جذب تستوسترون داخل پوست از طریق ژل یا تزریق عضلانی (هر دو هفته) بهترین متدهای درمان

هستند

مصرف تستوسترون از طریق دهانی خوب جذب بدن نمی شود و احتمال خطر افزایش کلسترول و

مشکلات قلب و کبد را بالا می برد

حتی اگر دوز مصرفی تستوسترون نیز کافی باشد، ممکن است این درمان عوارض جانبی برای شما

ایجاد کند

به همین خاطر متخصصان هنوز در حال بررسی عوارض احتمالی آن هستند

برخی عوارض جانبی احتمالی

شامل، حالت تهوع، نعوظ دائم، جوش پوستی، سردرد، افزایش قابل ملاحظه ی اشتها، تغییر مزاج،

آسیب دیدگی احتمالی کبد، و ورم قوزک پا می باشد



References

Snyder PJ. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

Anawalt BD, et al. Performance of total testosterone measurement to predict free testosterone for the biochemical evaluation of male hypogonadism. *The Journal of Urology*. 2012;187:1369.

Papadakis MA, et al. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2013. 52nd ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies; 2013.

<http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>. Accessed July 29, 2013.

Snyder PJ. Causes of primary of hypogonadism in males.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

Snyder PJ. Causes of secondary hypogonadism in males.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

فصل هفتم هیپوگنادیسم

Hypogonadism

هیپوگنادیسم وقتی رخ می دهد که غدد جنسی گناد مقدار کم و یا ناچیزی هورمون تولید کنند. در

مردان، این غدد در بیضه ها قرار دارند. در زنان، غدد جنسی در تخمدان قرار دارند

بیماری مردان

(GnRH) به طور معمول، هیپوتالاموس در مغز، هورمون آزادکننده گنادوتروپین

را آزاد می کند

این هورمون باعث تحریک غده هیپوفیز می شود که غده هیپوفیز هم باعث آزادسازی برخی از هورمون

ها می شود،

از قبیل: هورمون محرک فولیکول

(LH) و هورمون لوتئینی (FSH)

به طور معمول، این هورمون ها به تخمدان زن و بیضه مرد می رود و هورمون هایی را آزاد می کند

این هورمون های آزاد شده موجب بلوغ جنسی زن و مرد می گردند

قبل از بلوغ، هر نوع تغییری در آزادسازی این هورمون ها باعث فقدان هورمون های جنسی و -

جلوگیری از بلوغ جنسی طبیعی می شود

اگر این مشکلات بعد از بلوغ رخ دهد، رشد جنسی ممکن است طبیعی باشد، اما علائم ناشی از کاهش -

هورمون های جنسی ظاهر می شود

این علائم شامل: علائم یائسگی در زنان و ناتوانی جنسی در مردان می باشد

سندرم کالمن یک سندرم ارثی از هیپوگنادیسم هایپوگنادوتروپیک می باشد که می تواند با از دست دادن

حس بویایی همراه باشد

هیپوگنادیسم هایپوگنادوتروپیک نوعی از هیپوگنادیسم می باشد. در این نوع، مشکل اصلی در ارتباط با

غده هیپوفیز و یا هیپوتالاموس است. غده هیپوفیز و یا هیپوتالاموس، داخل و یا نزدیک مغز جای دارند

هیپوگنادیسم یعنی کاهش فعالیت غدد جنسی که عوارضی برای سلامتی دارد

علائم

اختلال نعوظ در مردان -

اختلال در حس بویایی -

(عدم رشد در بلوغ) رشد ممکن است ناقص باشد و یا تاخیر داشته باشد -

فقدان خصوصیات ثانویه جنسی مانند: موهای زیربغل و صورت -

نداشتن قاعدگی در زنان -

(کوتاهی قد) در برخی موارد -

عدم رشد بیضه ها -

آزمایشات تشخیصی

آزمایش خون برای بررسی و اندازه گیری مقدار هورمون ها -

(GnRH) به هورمون آزادکننده گنادوتروپین (LH) پاسخ هورمون لوتنین -

MRI آزمایش -

از سر، برای بررسی رشد توده های غیرسرطانی در غده هیپوفیز

درمان

درمان بستگی به نوع مشکل دارد، اما به طور کلی درمان شامل

مصرف قرص های استروژن و یا پروژسترون -

(GnRH) تزریق هورمون آزادکننده گنادوتروپین -

تزریق هورمون تستوسترون -

به آرامی رها کردن تستوسترون در تکه ای از پوست -

جراحی برای برداشتن تومور هیپوفیز -

ژل تستوسترون -

اگر درمان به موقع صورت گیرد، فرد می تواند وارد مرحله بلوغ شود

همچنین فرد می تواند باردار شود

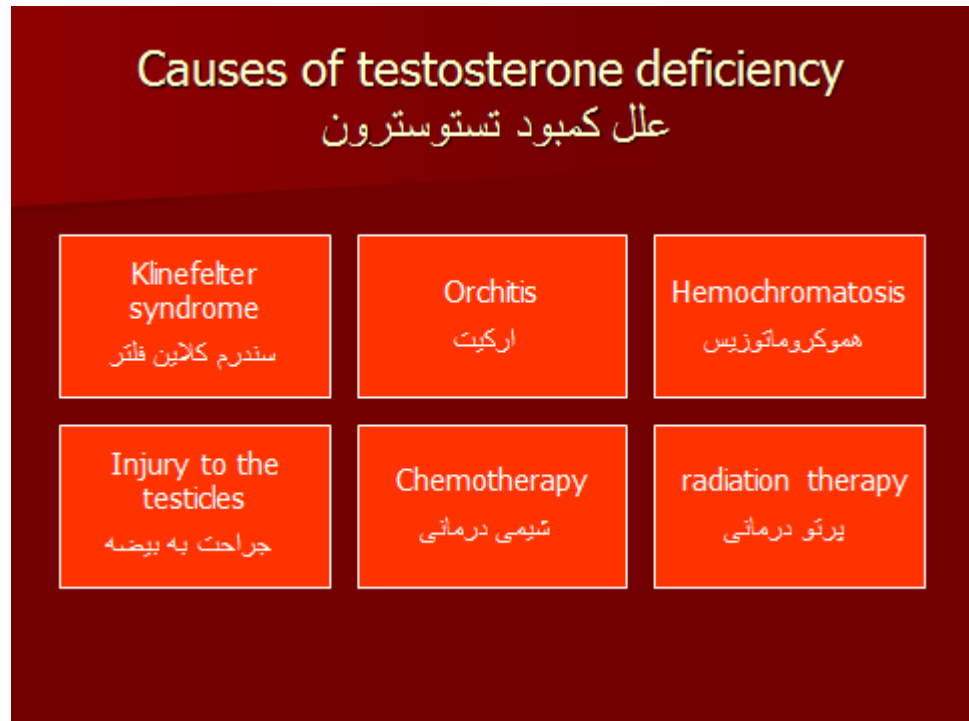
عوارض

تاخیر در بلوغ -

عدم بارداری -

کاهش اعتماد به نفس در نتیجه تاخیر بلوغ -

اختلال عملکرد جنسی -



References

Snyder PJ. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

Anawalt BD, et al. Performance of total testosterone measurement to predict free testosterone for the biochemical evaluation of male hypogonadism. The Journal of Urology. 2012;187:1369.

Papadakis MA, et al. Current Medical Diagnosis & Treatment 2013. 52nd ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies; 2013.

<http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>. Accessed July 29, 2013.

Snyder PJ. Causes of primary of hypogonadism in males.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

Snyder PJ. Causes of secondary hypogonadism in males.

<http://www.uptodate.com/home>. Accessed July 29, 2013.

فصل هشتم انزال زودرس

premature ejaculation

انزال زودرس یکی از اختلالات جنسی است. هنگامی که مرد، قبل از آنکه شریک جنسی اش ارضا

شود، دچار انزال شده و از او منی خارج شود،

گفته می شود مرد دچار انزال زودرس است. گاهی انزال زودرس طبیعی بوده و بر اثر پرهیز طولانی

از مسایل جنسی به وجود می آید

انزال زودرس دائمی، مشکلی جدی بوده و به عدم رضایت خود شخص یا شریک جنسی اش منجر

می شود

اگر هر دو طرف در طلب بهبودی باشند، درمان موفقیت آمیز است، باید به فرد مذکر اجازه داد که

اطمینان رسیدن به تحریک جنسی طولانی را داشته باشد و به طرف مؤنث هم باید یاد داد که خیلی زود

و به آسانی تحت تأثیر قرار گیرد

طور طبیعی مدت زمان لازم برای اینکه یک مرد به ارگاسم برسد بین ۳ تا ۱۱ دقیقه

بسته به سن و شرایط جسمی فرد متغیر و بطور متوسط ۵ دقیقه برای مردان جوان است. هر چند

بیشتر آقایان تمایل دارند مدت زمان بیشتری تا رسیدن به ارگاسم داشته باشند ولی زمان ارگاسم اصلا مهم

نبوده و کیفیت ارگاسم بویژه همزمانی ارگاسم طرفین از اهمیت برخوردار است

بر اساس این تعریف انزال زودرس سه جزء دارد

انزالی که همیشه یا تقریبا همیشه قبل از دخول یا طی حدود یک دقیقه بعد از ورود آلت تناسلی به داخل

مهبل رخ می دهد

ناتوانی در به تاخیر انداختن انزال در همه یا تقریبا همه موارد ورود آلت تناسلی به داخل مهبل

پی آمدهای فردی منفی مانند پریشانی، رنجش، نا امیدي، و/یا پرهیز در صمیمیت در روابط جنسی

(WHO) تعریف سازمان بهداشت جهانی

ناتوانی در به تاخیر انداختن انزال، ناتوانی در لذت بردن از عشق ورزی، انزال قبل یا بلافاصله بعد از

(شروع مقاربت) ۱۵ ثانیه

(AUA) تعریف انجمن ارولوژی آمریکا

وقوع انزال زودتر از زمانی که مطلوب فرد می باشد، انزال قبل یا مدت کوتاهی بعد از دخول، با عث

ایجاد پریشانی در فرد یا هردو نفر شود

بر اساس تحقیقات به عمل آمده در کشورهای مختلف بر اساس خود اظهاری مردان، متوسط زمان انزال

از ۰ تا ۱۲ دقیقه متفاوت بوده است

این میزان به شدت وابسته به جغرافیای محل زندگی بود به طور که در آلمان کوتاه تر ۰ دقیقه، در

آمریکا طولانی تر ۱۲ دقیقه (و در کشورهای انگلستان، فرانسه، و ایتالیا متوسط) ۱۱ دقیقه بود

مردانی که دچار زود انزالی می شوند از یک سو احساس شرمندگی و خجالت کرده و عزت نفس پائینی

دارند و از سوی دیگر می تواند روی روابطشان با شریک جنسی خود اثر بگذارد

اگر چه توافق کلی وجود ندارد ولی علل زیر را در بروز انزال زودرس دخیل می دانند

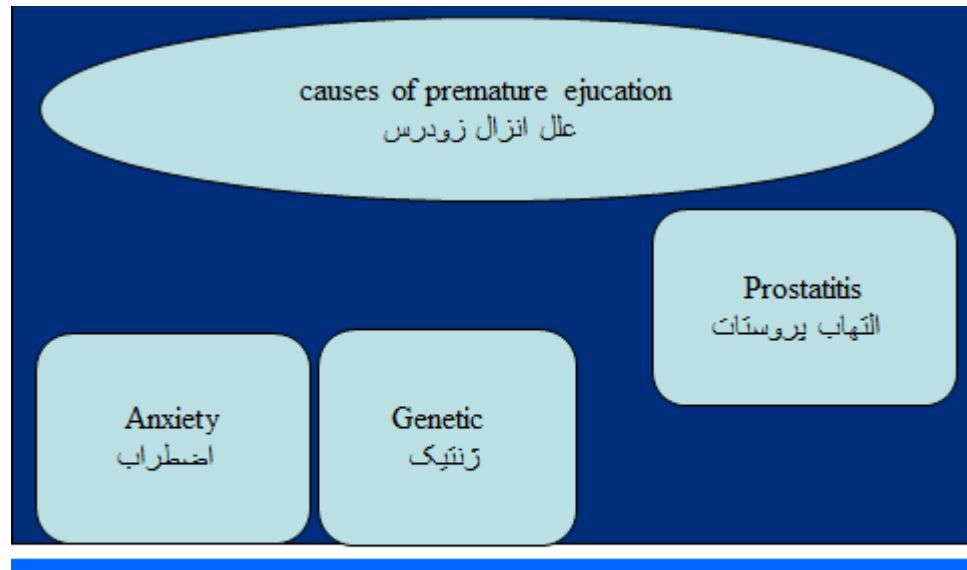
علل ژنتیکی

علل روانی

اختلالات هورمونی

تغییرات حسی آلت تناسلی

پروستاتیت مزمن



Reference

. Wu J, Ellsworth KR, Ellsworth MA, Schroeder KM, Smith K, Fisher RS. Abnormal benzodiazepine and zinc modulation of GABAA receptors in an acquired absence epilepsy model. Brain Research 9. 2004 Jul 9; 1013(2):230-40.

Ellsworth MA, Stevens TP, D'Angio CT. Infant race affects application of clinical guidelines when screening for drugs of abuse in newborns. Pediatrics. 2010 Jun;

125(6):e1379-85. Epub 2010 May 17. PMID:20478941. DOI:10.1542/peds.2008-3525.

. Ellsworth MA, Carey WA, Li M, Wilson GD, Harris MN, Colby CE. Implementation of

an electronic data monitoring system decreases the rate of hyperoxic episodes in premature neonates. J Perinatol. 2013 Sep; 33(9):721-4. Epub 2013 Apr 11.

PMID:23579491. DOI:10.1038/jp.2013.36.

فصل نهم انزال دیر رس

retrograde ejaculation

اختلالات جنسی شایع در مردان را می توان به سه دسته بزرگ تقسیم کرد

اختلال در میل جنسی، اختلال در نعوظ، و اختلال در انزال. خود اختلال در انزال ۱ نوع شایع دارد که

عبارتند از

انزال زودرس، انزال دیررس، ناتوانی در رسیدن به انزال، انزال دردناک و عدم انزال

فرایند انزال در مردان تحت کنترل سیستم عصبی خودکار می باشد. بنابراین یک مرد نمی تواند انزال

خود را تحت کنترل در آورد

اینکه کدام قسمت از مغز انزال را کنترل می کند، دقیق مشخص نمی باشد. انزال دیررس عبارت است

از تاخیر در انزال به میزانی که سبب ناراحتی بیمار گردد

در بیش از ۰۳ درصد مردان فرایند انزال ظرف ۱۱ دقیقه اتفاق می افتد. در انزال دیررس این زمان به

مقدار زیاد مثلاً به ۵۱ ۶۳ دقیقه یا بیشتر افزایش می یابد

-

حدود ۵ درصد مردان مبتلا به انزال دیررس هستند. انزال دیررس علل خیلی زیادی دارد

Page 107 اختلالات تناسلی مردان

ولی مهمترین آنها به قرار زیر می باشند

تحریک ۰ رفلکسهای عصبی تناسلی کند ۰ کاهش حس دستگاه تناسلی ۰ علل فیزیولوژیک

جراحی ۰ جراحی پروستات ۰ تناسلی بخصوص ۰ سن ۰ بیماریهای مادرزادی ۰ آناتومیک

برداشتن تمام پروستات در ۰ آسیب به نخاع شوکی ۰ بیماری دیابت یا قند ۰ گردن مثانه ۰ عصبی

آنوريسم گشاد شدن آئورت ۰ قطع زنجیره سمپاتیک ۰ برداشتن روده بزرگ ۰ سرطان پروستات

کم کاری غدد ۰ دیابت ۰ برداشتن غدد لنفاوی شکم توسط جراحی ۰ بیماریهای غدد درون ریز ۰ شکمی

– کم کاری تیروئید ۰ روحی روانی مصرف بعضی از داروها سبب ۰ جنسی

. انزال دیررس یا تاخیر در انزال می شود

لیست این داروها بسیار زیاد است، ولی مهمترین آنها عبارتند از

مهار کننده های گیرنده های آلفا مثل پرازوسین ۰ داروهای روانگردان ۰ بعضی از ضد

افسردگیها ۰ مهار کننده های گیرنده های بتا مثل آنتلول ۰ بکلوفن ۰ بنزودیازپینها مثل

دیازپام و کلردیازپوکساید • ناپروکسن • مواد مخدر • مدر های تیازیدی مثل هیدروکلرو تیازید

یکی از علل انزال دیررس تحریکات جنسی ناکافی است

مردانیکه بصورت دائم در حال تحریک جنسی هستند، ممکن است سرانجام دچار انزال دیررس و یا عدم

انزال شوند. مردانیکه همیشه یک نوع از تحریک جنسی را تجربه می کنند (مثل خود ارضائی

) ممکن

است در مواجهه با یک تحریک جنسی متفاوت (رابطه زناشویی طبیعی

نتوانند به ارضاء جنسی برسند

برای رسیدن به ارضاء جنسی باید تحریکات جنسی از طریق سیستم عصبی به مغز منتقل و از مغز

دوباره پیامهای ثانویه به ناحیه تناسلی ارسال و سبب انزال مرد گردند. اگر این سیستم عصبی به هر

دلیلی مختل شود، سبب تاخیر در انزال و یا عدم انزال می شود

از دهه سوم زندگی فیبرهای عصبی که مخصوص هدایت سریع تحریکات عصبی هستند، رفته رفته کم

می شوند، علاوه از آن با افزایش سن از حساسیت آلت تناسلی کاسته می شود، و بدین دلیل با افزایش

سن، معمولاً مرد دچار تاخیر در انزال می شود

منی انسان مجموعه ای از ترشحات پروستات و کیسه های منوی است. یک درصد حجم منی را اسپرمها تشکیل می دهند که توسط بیضه ها تولید می شوند. منی در کیسه های منوی ذخیره شده و هنگام انزال از طریق لوله های منی بر به مجرای ادرار تخلیه می شود. هر نوع بیماری مادرزادی و یا اکتسابی که سبب تغییر شکل و انسداد سیستم منی بر گردد، سبب ایجاد اشکال در انزال می شود

اعصاب مربوط به انزال از نخاع شوکی وارد لگن شده و از آنجا به دستگاه تناسلی می روند

هر نوع جراحی وسیع لگنی مثل برداشتن روده بزرگ در سرطان روده و برداشتن تمام پروستات در سرطان پروستات توجه داشته باشید که عمل جراحی برای بزرگی خوش خیم پروستات با عمل جراحی برای سرطان پروستات متفاوت است سبب آسیب به اعصاب دستگاه تناسلی شده و ضمن ایجاد اختلال در انزال ممکن است سبب اختلال در نعوظ نیز گردند

گاهها پرتو درمانی ناحیه لگن نیز سبب انزال دیررس می گردد. هنگام انزال قبل از ورود منی به مجرای ادرار، گردن مثانه بسته می شود تا منی وارد مثانه نشده و خارج گردد

هر نوع جراحی که در آن گردن مثانه برداشته شده و یا آسیب ببیند، سبب ایجاد اختلال در انزال می شود، سردهسته آنها عمل جرای پروستات برای بزرگی پروستات است.

در این عمل جراحی گردن مئانه

برداشته شده و منی در ۰۳ درصد موارد به طرف عقب رفته و وارد مئانه می شود. همانطور که در بالا

ذکر شد، مهمترین عامل برای انزال طبیعی، وجود یک سیستم عصبی طبیعی است. هر نوع آسیب به

سیستم عصبی سبب اختلال در انزال می شود

مهمترین آنها آسیب نخاعی است. هر قدر قسمتهای پائین تر نخاع آسیب ببینند، احتمال اختلال در انزال

بیشتر است. توانائی به انزال در آسیب نخاعی بشدت آسیب می بیند. اگر آسیب نخاع کامل باشد و

نورونهای حرکتی فوقانی را گرفتار کرده باشد، فقط ۱ درصد این مردان توانائی انزال را حفظ خواهند

کرد

از سایر بیماریها که بعلت آسیب سیستم عصبی سبب انزال دیررس می شود، بیماری ام اس

است. زنجیره سمپاتیک در اطراف ستون فقرات از بالا تا پائین کشیده شده است و حاوی اعصابی است

که در انزال دخیل هستند

گاهها در بعضی از جراحیها این زنجیره برداشته شده و یا قطع می شود. اختلال در انزال در این بیماران

خیلی شایع است. شاید مهمترین بیماری که سبب انزال دیررس می شود، دیابت یا مرض قند باشد. در این

بیماری بعلت آسیب به اعصاب دخیل در انزال، انزال دیررس یا عدم انزال ایجاد می شود. این بیماران معمولاً دارای اختلال در نعوظ نیز هستند. تشخیص انزال دیررس برای تشخیص انزال دیررس در ابتدا باید یک شرح حال دقیق از بیمار اخذ و معاینات لازم را انجام داد. باید موقعیت اجتماعی و فرهنگی و حالات روحی و روانی بیمار را سنجید

این بیماران نیاز به آزمایشات دقیق دارند. بطور خلاصه برای تشخیص انزال دیررس از اقدامات زیر استفاده می شود: • آزمایشات خون از جمله آزمایشات هورمونی و قند خون • بررسی عملکرد

سیستم عصبی خودکار

انجام تصویر برداری از نظر اختلالات مادرزادی و اکتسابی سیستم انزالی

سیستوسکوپی

درمان انزال دیررس لازمه درمان صحیح تشخیص دقیق علت انزال دیررس است

گاهی باید علت اصلی را برطرف کرد. ولی اکثراً نیاز به دارودرمانی پیدا می شود. گاهی لازم است

داروئی که بیمار مصرف می کند، عوض کرد

گاه‌ها لازم است برای بیمار روش صحیح رابطه زناشویی را آموزش داد. داروهائیکه در درمان انزال

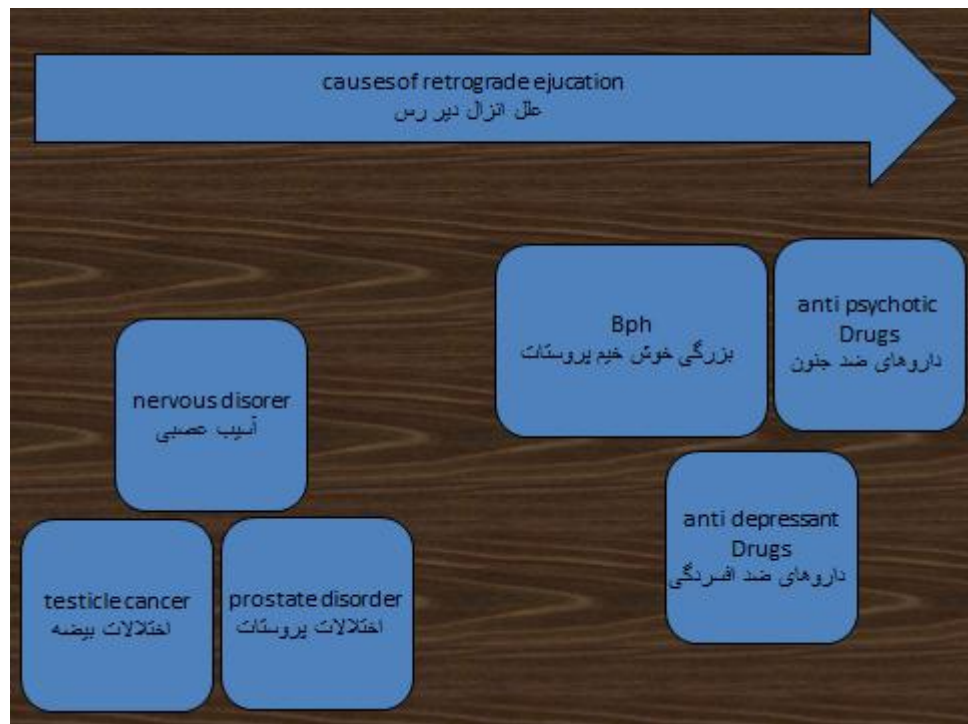
داروهائیکه میزان دوپامین را در خون بالا می‌برند • : دپیررس مفید هستند به قرار زیر می‌باشند

داروهائیکه گیرنده‌های آلفا را تحریک

داروهائیکه بعضی گیرنده‌های سروتونین را تحریک می‌کنند • بعضی محرک‌های گیرنده‌های هیستامینی

البته در تعدادی از موارد بیمار نیازمند روان‌درمانی یا رفتار درمانی است که در این موارد همکاران

روانشناس بالینی متخصص در این زمینه خیلی کمک‌کننده خواهند بود



Reference

Ellsworth MA, Homan JM, Cimino JJ, Peters SG, Pickering BW, Herasevich V.

Pointof-Care

Knowledge-Based Resource Needs of Clinicians: A Survey from a Large

Academic Medical Center. *Applied Clinical Informatics*. 2015 (in press).

Ulrich TJ, Ellsworth MA, Carey WA, Colby CE, Soma DB. Predictive Ability of Direct

Antibody Testing in Infants Born to Mothers with Rh(D) and Other Minor Red

Blood Cell

Antibodies. *Am J Perinatol*. 2015 Mar 31. [Epub ahead of print] PMID:25825968.

DOI:10.1055/s-0035-1548538.

Ellsworth MA, Harris MN, Carey WA, Spitzer AR, Clark RH. Off-Label Use of Inhaled

Nitric Oxide After Release of NIH Consensus Statement. *Pediatrics*. 2015 Apr;

فصل دهم پیچ خوردگی بیضه

testicle torsion

پیچ خوردگی بیضه عبارت است از پیچ خوردگی طناب اسپرماتیک بیضه که گاهی به طور برگشت

ناپذیر به بیضه آسیب می زند. پیچ خوردگی بیضه معمولاً تنها در یک طرف رخ می دهد. مردان را در

- تمام سنین مبتلا می کند ولی در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله شایع تر است

علائم شایع

درد ناگهانی یک بیضه

تورم ، قرمزی و حساسیت به لمس بیضه دان

تهوع و استفراغ

عرق کردن

ضربان قلب سریع در صورت شدید بودن علل

علل

گاهی در هنگام تولد وجود دارد یا ممکن است به ندرت در اثر انقباض شدید عضلات متصل به بیضه و

طناب اسپرماتیک ایجاد شود

پیشگیری

در هنگام شرکت در ورزش های تماسی برای پیشگیری از آسیب تناسلی از بیضه بند استفاده کنید

عواقب مورد انتظار

گاهی پیچ خوردگی خود به خود تصحیح می شود؛ علایم از بین می روند و درمانی لازم نیست . البته

بیضه معمولاً بدون ترمیم آسیب می بیند مگر این که جراحی در عرض ۰ ۵ ساعت پس از شروع

علایم

انجام شود

اگر قرار باشد يك بیضه برداشته شود، باید برای بلوغ طبیعی ، زندگی جنسی و تولیدمثل طبیعی ،

هورمون های کافی برای بیضه سالم باقی مانده فراهم شود

عوارض احتمالی

مرگ سلول های بیضه در اثر کاهش یا انسداد جریان خون . بیضه آسیب دیده و طناب اسپرماتیک در این

حالت باید برداشته شوند

اصول کلی

جراحی برای رفع پیچش طناب اسپرماتیک پیچ خورده و اتصال بیضه آسیب دیده به سطح داخلی جدار

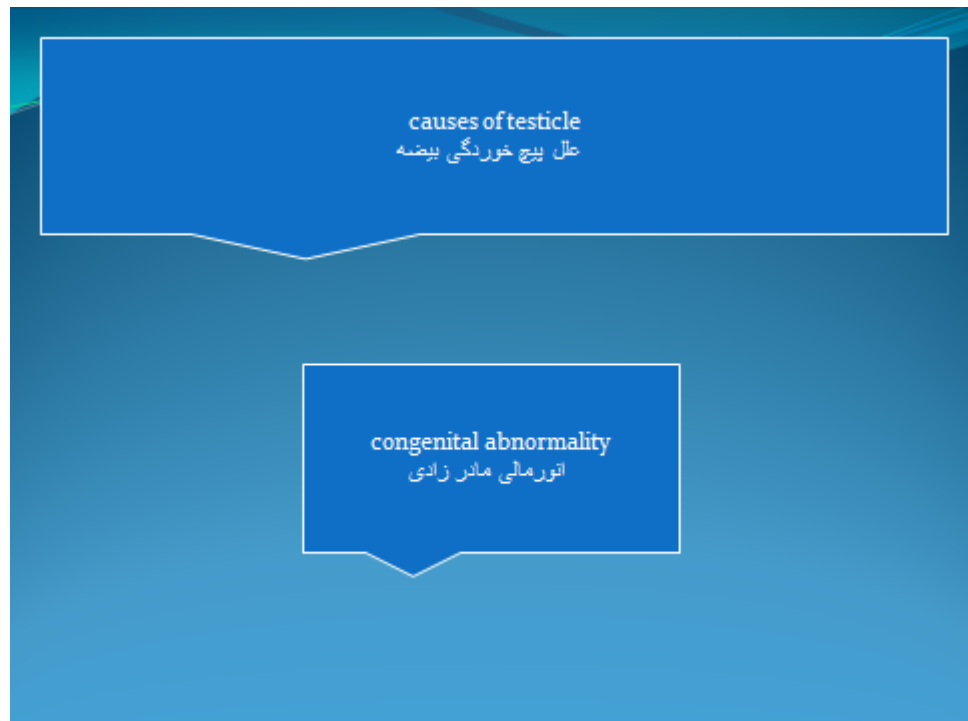
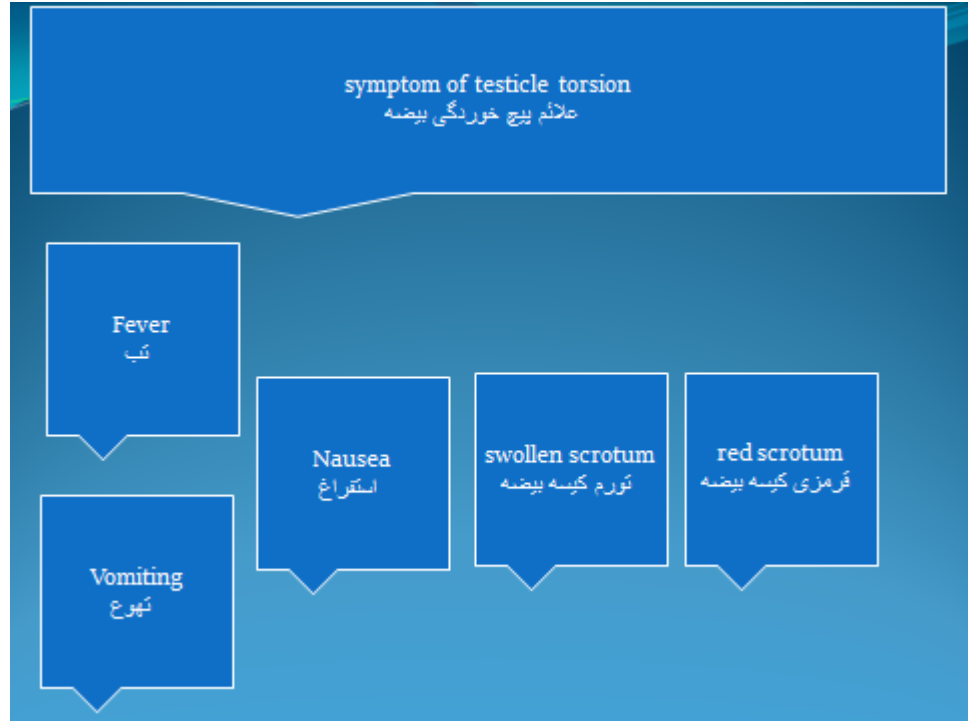
بیضه دان که مانع عود می گردد

جراحی برای پیشگیری از پیچ خوردگی ، احتمالا ا بر روی بیضه غیرمبتلا نیز انجام خواهد شد

پس از جراحی ، از کیسه یخ برای تسکین درد و تورم استفاده کنید

یخ را در پلاستیک بگذارید. آن را در طرف آسیب دیده بگذارید و با یک پارچه یخ را از پوست جدا کنید

هر باره تا ۱۰ دقیقه یخ را روی موضع قرار دهید. در صورت لزوم این کار را تکرار کنید



References

Wein AJ, et al. Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management. In: Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2012. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Feb. 13, 2015.

Somani BK, et al. Testicular torsion. BMJ. 2010;341:c3213.

Cubillos J, et al. Familial testicular torsion. Journal of Urology. 2011;185:2469.

Hittelman AB. Neonatal testicular torsion. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Feb. 16, 2015.

Snyder HM, et al. In utero/neonatal torsion: Observation versus prompt exploration. Journal of Urology. 2010;183:1675.

Roth CC, et al. Salvage of bilateral asynchronous perinatal testicular torsion. Journal of Urology. 2011;185:2464.

فصل یازدهم سرطان بیضه

testicle cancer

اگرچه سرطان بیضه مخصوص آقایان است، اما خانم ها هم باید در باره آن بدانند چون ممکن است

همسر یا پسر آنها در خطر باشند

تومور بیضه در مردان سنین ۱۱ تا ۰۵ سالگی. شایع ترین تومور است

یکی از بیماری هایی که همیشه، حتی شنیدن اسم آن هم خوشایند نیست، سرطان است. انواع و اقسام

سرطان ها را داریم که از فرق سر تا نوک پای هر کسی را می تواند مبتلا کند. هر کدام در سن خاصی

شایع تر هستند و راه های تشخیص و درمان مخصوص به خود را دارند

ولی در کل تشخیص سریع همه آنها می تواند سیر بیماری و روند درمان را کاملاً تحت تاثیر قرار دهد

در این مطلب سعی داریم تا حدی با سرطان بیضه، راه های تشخیص، علایم و درمان آن آشنا شویم

مثل تمام سرطان ها، در اینجا هم رشد غیرطبیعی سلول های بیضه را داریم که باعث ایجاد بدخیمی در

بیضه می شود. تومورهای بیضه نسبتاً غیرشایع هستند و فقط ۵ تا ۱ درصد تومورهای بدخیم مردان را

تشکیل می دهند

با اینکه این تومورها شیوع زیادی ندارند، ولی به علت گرفتار کردن مردان جوان اهمیت پیدا می کنند
 به طوری که تومور بیضه در مردان در سنین ۱۱ تا ۰۵ سالگی، شایع ترین تومور است. سرطان بیضه
 در

سمت راست کمی شایع تر از سمت چپ است و در ۵ تا ۱ درصد موارد دوطرفه است

عوامل خطر

علت تومورهای بیضه دقیقاً معلوم نیست ولی هم عوامل مادرزادی و هم عوامل محیطی در بروز آن
 تاثیر دارند.

از جمله مهم ترین عوامل موثر، کریپتورکیڈسیم است که به معنی عدم نزول بیضه به محل طبیعی خود
 در کیسه اسکروتوم یا کیسه بیضه است. در حالت طبیعی بیضه ها در دوره جنینی در داخل شکم تشکیل
 می شوند و سپس مسیر خود را به سمت کیسه بیضه طی کرده و داخل آن قرار می گیرند، به طوری که
 وقتی نوزاد به دنیا می آید، بیضه ها در حین معاینه باید داخل کیسه بیضه باشند

اهمیت این موضوع به خاطر این است که درجه حرارت اسکروتوم یا کیسه بیضه حدود ۵ درجه

سانتي گراد سردتر از درجه حرارت بدن است و سلول هاي حساس اسپرم ساز را در دمائي خنك تر ننگه مي دارد

اگر بيضه ها داخل شكم باقي بمانند، به علت دمائي بالاتر، سلول هاي اسپرم ساز از بين رفته و علاوه بر نابروري مي توانند باعث ايجاد تغيير در سلول ها و سرطان شوند! به همين علت براي جلوگیری از خطرات بدخيمي، اگر بيضه ها تا سن ۵ سالگي به داخل كيسه بيضه پايين نيايند، بايد اين كار با عمل جراحي انجام شود

عوامل ديگري مثل نژاد هم در ابتلا به اين بيماري موثرند و مردان سفيدپوست نسبت به مردان سياه پوست در معرض خطر بالاتري هستند.

كساني كه پدر يا برادر آنها به اين بيماري مبتلا شده اند و

شغل هايي دارند كه در تماس با برخي مواد شيميايي هستند، فرادي كه در معادن كار مي كنند و

آتش نشان ها بايد بيشتر مراقب باشند، چون اين عوامل شانس ابتلا به سرطان بيضه را بالا مي برند

علائم ابتلا به سرطان

در ابتدای بیماری که هنوز سرطان محدود به بیضه است و به اصطلاح متاستاز نداده یعنی به سایر نقاط

بدن گسترش نیافته اغلب بزرگی بیضه ها، وجود توده در بیضه و یا درد بیضه از علائم بیماری هستند

ولی با پیشرفت بیماری و با توجه به محل متاستاز، ممکن است علائمی مثل کمردرد، درد زیر شکم، درد

بیضه ها و احساس ناراحتی در آنها و ورم پاها ایجاد شود

اغلب مردان خودشان با لمس توده و یا سایر علائم گفته شده، متوجه ابتلا به سرطان بیضه می شوند

برای تشخیص سریع این بیماری تمام مردان باید پس از سن بلوغ ماهی یک بار بیضه های خود را مورد

معاینه قرار دهند و بهتر است که این کار بعد از یک دوش آب گرم انجام شود چون در این زمان به علت

اثر گرما، پوست اسکروتوم یا کیسه بیضه شل تر است و معاینه دقیق تر خواهد بود

در هنگام معاینه باید از هر دو دست کمک گرفته شود تا هر گونه تورم، توده و یا حتی تغییر در شکل یا

اندازه بیضه ها مشخص شود. در صورت وجود هر یک از موارد نامبرده شده، باید سریع به پزشک

مراجعه کرد.

برای تایید تشخیص پزشک از آزمایشات و روش های مختلفی مثل اندازه گیری تومور

مارکرها موادی که در صورت وجود سرطان در خون یافت می شوند و یا مقدار آنها بالا می رود و یا

انجام سونوگرافی از کیسه بیضه می توان کمک گرفت

اگر سرطان بیضه زود تشخیص داده شود، در حدود ۹۱ درصد مبتلایان، تقریباً بهبود کامل پیدا می کنند

اما در صورتی که این سرطان تشخیص داده نشود و طول بکشد، به سرعت رشد کرده و به گره های

لنفوی داخل شکم و سپس به سایر گره های لنفوی گسترش پیدا می کند

بیشتر مردان به کمک عمل جراحی و خارج ساختن بیضه، رادیوتراپی یا پرتودرمانی و در صورت لزوم

شیمی درمانی و یا ترکیب دو درمان از سه درمان فوق، درمان می شوند. در بیشتر موارد قدم اول

برداشتن با جراحی است

بعد از آن بر اساس نوع تومور و درجه پیشرفت آن ممکن است علاوه بر جراحی از شیمی درمانی

برای از بین بردن متاستازهای غیرقابل کشف استفاده شود

پس به طور کلی برای اینکه سرطان بیضه قابل درمان باشد، باید در مراحل اولیه تشخیص داده شود و

برای این تشخیص سریع باید به نکات زیر دقت کرد

تمامی نوزادان پسر حتما از لحاظ وجود بیضه داخل کیسه بیضه معاینه شوند و در صورت عدم وجود -

بیضه، به خاطر بالا بودن خطر سرطان، پی گیری دقیق جهت آنها انجام شود

افرادی که در خانواده شان فرد مبتلا وجود دارد، بیشتر مراقب باشند -

و در نهایت همه مردان معاینه ماهیانه بیضه را برای خودشان انجام دهند -

سرطان علیه مردان

مردان به ویژه در سنین جوانی از آنجا که بازوی مولد و فعال جامعه محسوب می شوند و تاثیر به

سزایی

بر چرخه اقتصادی و اجتماعی جامعه می گذارند اما به همان نسبت بیماری ها و نیز از اهمیت و

حساسیت

برخوردار است

سرطان بیضه، شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در میان مردان جوان بین ۱۵ تا ۳۵ ساله است. سن

شیوع این بدخیمی و به موازات آن میزان درمان پذیری بسیار زیاد این سرطان، لزوم افزایش دانش

عمومی جامعه را در این مورد متذکر می شود

حداکثر میزان بروز تومور بیضه در حدود ۳۱ سالگی است. در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی در هر یک صد هزار نفر جمعیت مردان، بین ۳ تا ۷ نفر به این بیماری مبتلا می شوند، در ایران در سال ۱۳۸۴، تعداد ۵۰۳ به ثبت رسیده است

میزان تشخیص سرطان بیضه در بیشتر مناطق جهان در طی ۲۵ سال اخیر افزایش یافته است، اما خوشبختانه با تشخیص زودتر و درمان های مناسب جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی کاهش چشمگیری در میزان مرگ و میر حاصل از آن مشاهده می شود. به طوری که درصد بهبود کامل فرد مبتلا در بیشتر مراکز در حدود ۱۰ درصد تخمین زده می شود. این درصد بالا و قابل توجه را می توان یکی از موفقیت های برجسته طب در سال های اخیر ذکر کرد.

بهترین زمان معاینه

بهترین زمان برای معاینه بیضه ها و محتویات کیسه بیضه، پس از یک استحمام سبک است. کیسه بیضه و بیضه ها و اطراف آن باید به ترتیب و آرام لمس می کند و احساس هر گونه عدم تقارن یا سفتی و درد غیرطبیعی باید به سرعت گزارش شود

در بسیاری موارد در هنگام تشخیص این سرطان، فرد سابقه اخیری از ضربه یا آسیب به کیسه بیضه را

ذکر می کند اما این شکایت بیش از آن که بخواهد يك عامل سبب ساز تومور بیضه باشد، عامل

برانگیزاننده

توجه فرد برای مراجعه به پزشك است

در مواردی با پیشرفت بیماری و انتشار آن به غدد لنفاوی شکم و لگن، علایمی مانند تورم شکم و

کمردرد نیز بروز می کند

در صورت شك به وجود توده بیضه، پس از انجام معاینات فیزیکی کامل به وسیله پزشك معالج و اخذ

شرح حال و تاریخچه کامل از عوامل خطرزا، اقدام بعدی انجام سونوگرافی کیسه بیضه برای تشخیص

دقیق است

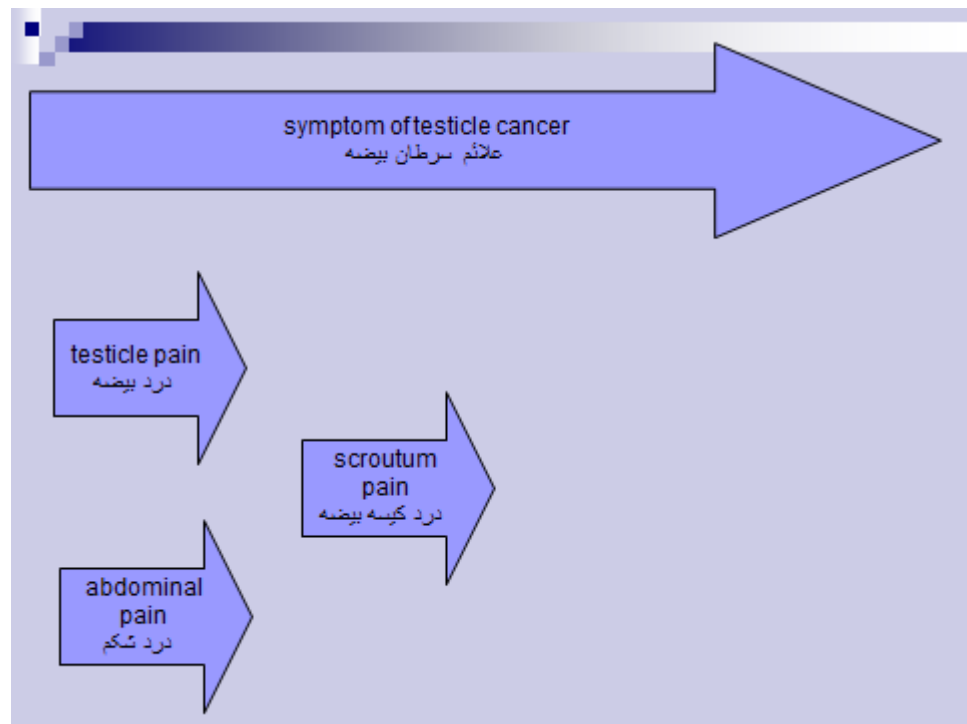
با احراز تومور بیضه عمل جراحی خارج سازی بیضه مبتلا به طور کامل از ناحیه کشاله ران انجام

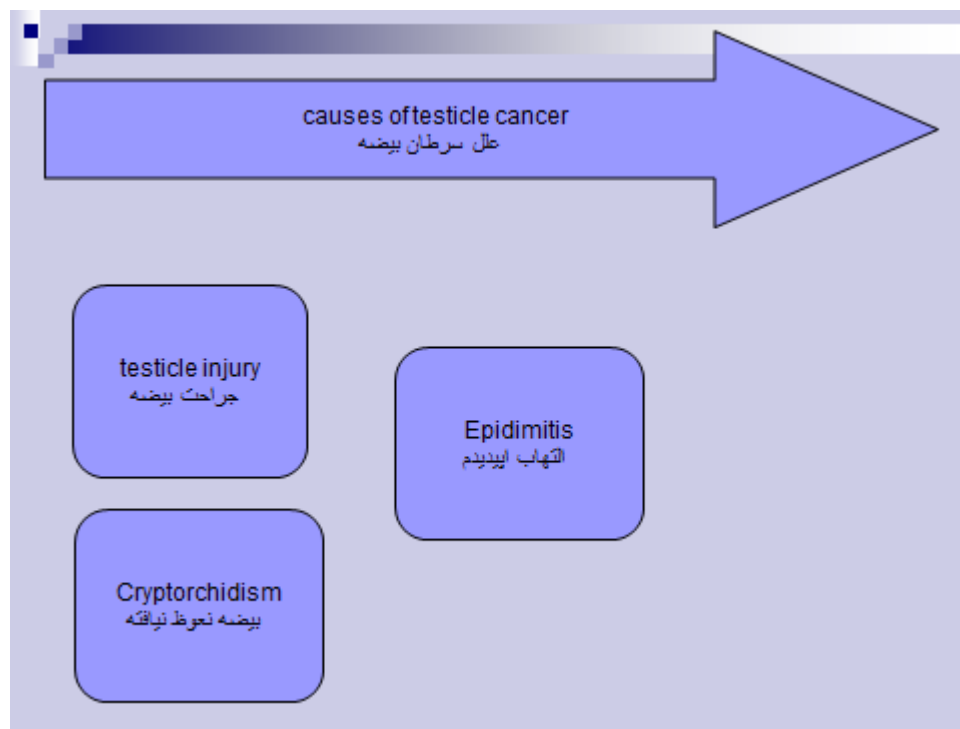
می گیرد. مسلماً قبل از جراحی، اقدامات تشخیصی دیگر از جمله آزمایش خون و اندازه گیری سطح

نشانگرهای غده سرطانی مرتبط با بیماری انجام می شود

پس از مشخص شدن نوع آسیب شناسی بیماری، بیمار جهت اقدامات کامل تر که ممکن است جراحی یا رادیوتراپی و شیمی درمانی باشد، ارجاع می شود

نکته دیگری که اهمیت دارد، آن است که در بعضی از موارد سرطان بیضه، فرد مبتلا، زمینه ناباروری را ممکن است دارا باشد. بنابراین قبل از ارجاع فرد جهت درمان های کامل تر، انجام آزمایش های تعیین وضعیت باروری فرد و در صورت لزوم، ذخیره اسپرم در بانک اسپرم ضروری است





References

Niederhuber JE, et al. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa.:

Churchill Livingstone Elsevier; 2014. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Sept.

12, 2014.

Testicular cancer. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network.

http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Accessed

Sept. 12, 2014.

Wein AJ, et al. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders

Elsevier; 2012. <http://www.clinicalkey.com>. Accessed Sept. 12, 2014.

Testicular self-examination (TSE). Urology Care Foundation.

<http://www.urologyhealth.org/urology/index.cfm?article=101>. Accessed Sept. 12,

2014.



در کانال تلگرام کارنیل هر روز انگیزه خود را شارژ کنید 😊

<https://telegram.me/karnil>

