

## بنام خدا

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره ۴۰۳ خرداد و تیرماه ۶۱ صفحه ۶۷

(بررسی عقیمی مردان در بیمارستان دکتر شریعتی)

دکتر علی شهرآزاد \*

دکتر مهدی جم \*\*

مقدمه: مسئله عقیمی مردان در عین حالیکه برای عده‌ای از پزشکان ارجمند تا حدودی نامانوس است. بخاطر مناسبات و قیود خاص سنتی در میان خانواده‌های ایرانی از اهمیت زیادی برخوردار است. اغلب عدم تشخیص صحیح در انتخاب راه درمانی نادرست و غیر معمول منجر به عوارض غیرقابل برگشت و غیرقابل درمان گشته و چه بسا خانواده‌هایی از هم گسسته می‌گردد. شاید توجه بیشتر به مسائل عقیمی مردان و نشر کتب و مقالات در این زمینه با توجه به پیشرفتهای سریع که در این رشته بعمل آمده است بتواند مشکلات همکاران و بخصوص پزشکان عمومی را برطرف نماید.

به همین منظور حدود ۴۰ مورد از بیمارانی را که بعلت عقیمی به این مرکز مراجعه کرده بودند در فاصله زمانی محدود انتخاب، بررسی و گزارش مینماید.

روش تشخیص: بیماران در موقع مراجعه به درمانگاه عقیمی پرسشنامه‌های<sup>x</sup> مخصوصی را (شکل ۱ پر نموده اند. انتخاب این سئوالات و نحوه آن اولاً برای ایجاد هماهنگی و یک نواخت نمودن تحقیقات، ثانیاً استفاده از جواب سئوالات جهت راهنمایی بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی، ثالثاً جلب همکاری و ایجاد حس مسئولیت در بیمار برای پیگیری درمان خود مفید بوده است.

اقدام بعدی انجام معاینات بالینی شامل:

۱- معاینات عمومی از نظر انتشار موها، وضعیت پستانها، رشد صفحات ثانویه جنسی، طول قد بیمار، نسبت اندام فوقانی به تحتانی و وجود جوشگاه جراحی.

۲- معاینات عصبی از نظر دامنه دید، حس بویائی، قدرت اسفنکتر مقعد، حس میان دوراه، رفلکس‌های عمقی اتصالات عضلانی.

۳- معاینات دستگاه تناسلی از نظر آلت، سوراخ نوک آلت، مجرا و اجسام غاری و جسم اسفنجی، پروستات، بیضه‌ها، اپی‌دیدیم، طناب‌های منوی، وسایر محتویات کیسه بیضه مثل گشاد بودن وریدهای آن یا واریس بیضه.

پس از انجام معاینات بالینی اقدام به بررسی تجزیه مایع منی و آزمایشات هورمونی شده است. تجزیه مایع منی در شرایطی انجام گرفته که هیچیک از عوامل طبقه‌بندی شده در زیر در سابقه سه ماهه بیمار وجود نداشته باشد و حتی المقدور در یک آزمایشگاه و در دونوبت به فاصله ۷۲ ساعت انجام گردد.

عوامل موثر در آزمایش تجزیه منی:

۱- سابقه تب، سرماخوردگی، بیماریهای باکتریال و سیستمیک مثل اورمی.

\* رزیدنت ارشد بخش اورولوژی بیمارستان دکتر شریعتی

\*\* سرپرست بخش اورولوژی بیمارستان دکتر شریعتی

این پرسشنامه‌ها اولین بار توسط دانشگاه ROCHESTER NEW YORK در سال ۱۹۸۱ منتشر و در این مرکز ترجمه و به چاپ رسیده است.

در ۱۰ مورد واریس بیضه، تشخیص آن با علائم بالینی و مشاهده واریس درجه یک<sup>+</sup> و دو<sup>=</sup> و دگرگونی اسپرماتوزوئیدها، در تجزیه مایع منی بوده است. این دگرگونی شامل کاهش تعداد اسپرماتوزوئیدها، افزایش انواع اسپرماتوزوئیدهای غیر طبیعی و کاهش تعداد اسپرماتوزوئیدهای متحرک می باشد که اصطلاحاً "Stress Pattern" خوانده می شود. البته در صورت وجود امکانات و نوگرافی تشخیص موارد خفیف واریکوسل سهل تر و صحیح تر خواهد بود.

در هفت مورد نارسائی اولیه بیضه که تنها علامت بالینی آن بیضه های کوچکتر از ۳ سانتی متر بوده است، از نظر آزمایشگاهی آزواسپرمی با حجم طبیعی و FSH یا در مواردی LH بالا داشته اند و جواب بیوپسی بیضه آنها آتروفی متوسط یا شدید گزارش شده است.

برای پنج بیمار نیز که تشخیص انسداد داده شده است در معاینات اندازه بیضه ها طبیعی و در سه مورد آنها سفتی واضح در اپیدیدیم دو طرف ناشی از التهاب بهبود یافته پیدا شده است. مقادیر FSH و LH و تستوسترون پس از مشاهده، آزواسپرمی با حجم طبیعی، در حد نرمال گزارش شده و وازوگرافی این بیماران در تمام موارد جز یکی انسداد در قسمت پروکسیمال طناب های منوی بوده است. در آن یک مورد خاص نیز انسداد دو طرفه در قسمت دیستال طناب منوی و خارج از دسترس بوده که با توجه به سابقه عمل فتق دو طرفه در سنین طفولیت علت انسداد عمل جراحی مزبور حدس زده شده است.

الیگواسپرمی ایدیوپاتیک نیز در سه مورد مشاهده گردید که معاینه بالینی، آزمایشات هورمونی و بیوپسی طبیعی داشته اند و تنها نکته مثبت آنها کاهش شدید تعداد اسپرماتوزوئیدها به کمتر از ۱۰ میلیون در میلی لیتر بوده است. بنابراین با توجه به امکانات فعلی برای این سه بیمار

۲ - سابقه استرس های شدید، گرما، تماس با اشعه به میزان ۲۰۰ - ۳۰۰ راد، سوء تغذیه و اکنش های حساسیتی و بیوپسی بیضه.

۳ - مواد شیمیائی مثل الکل، داروهای ضد آمیب و انگل، داروهای ضد فشار خون، ارسنیک، بیسولفان، کلر - امبوسیل، سایکلو فسفامید، کلی شی سین، مدروکسی پروزسترون، دی اتیل استیل بسترون نیترو فورانها، تری متوپیرین، مهار کننده های MAD مواد مخدر، اسپرنولاکتون، تستوسترون، سولفا سالازین و بالاخره آسپیرین.

پس از بررسی مایع منی\* از نظر رنگ، حجم، pH غلظت اسپرم، تعداد انواع غیر طبیعی، تعداد انواع غیر متحرک، زمان مایع شدن مجدد منی و غلظت آن، آزمایشات هورمونی در صورت وجود شرایط زیر، برای بیمار انجام و مقادیر FSH، LH، Testosterone، و Prolactin بدست آمده در پرونده جهت پیگیری اقدام بعدی ثبت گردیده است.

#### شرایط انجام آزمایشات هورمونی:

۱ - آزواسپرمی و یا الیگواسپرمی شدید  
 $10 \times 10^6 \text{ ml} >$

۲ - کاهش قدرت و میل جنسی، کاهش قدرت نعوظ، از بین رفتن حس بویائی، عدم رشد صفات ثانویه جنسی، بزرگی پستانها، شکل یا ظاهر خواجهگان ( ENUCHOID ) و بیضه های کوچکتر از ۳ - ۳/۵ سانتی متر.

۳ - سابقه هیپوسپادیاس، کریپتور کیدی.

اقدام تشخیصی بعدی نمونه برداری بیضه ها\*\* در موارد آزواسپرمی و الیگواسپرمی شدید بوده است و از وازوگرافی نیز جهت بررسی وجود انسداد در مجرای طناب منوی استفاده شده است.

\* اندازه گیری فروکتوز مایع منی در حال حاضر در این مرکز انجام نمی گردد.

\*\* نمونه ها پس از جدا شدن از نسج بجای محلول IENKER در فرمالین قرار داده شده و آسیب شناسی با توجه به اثرات فرمالین نمونه را بررسی کرده است.

+ واریکوسل درجه یک زمانی است که ورید های کیسه بیضه بطور واضحی دیده می شوند و گاهی شبیه کیسه پراز کرم خود نمائی مینماید.

= واریکوسل درجه دو زمانی است با افزایش فشار داخل شکم یا مانور والسالوا واریس کیسه بیضه مشخص می شود.

در دو بیمار دیگر نیز که بعلت عقیم عقیمی مراجعه کرده، بودند یکی عدم خروج مایع منی را در موقع نزدیکی ذکر مینمود که آزمایش ادرار پس از نزدیکی وجود مقادیر زیادی اسپرم را گزارش کرد. در پرسشنامه پر شده بیمار به مصرف توام مقادیر فراوانی ملریل و والیوم اشاره کرده بود که پس از قطع آن بیمار به وضعیت عادی برگشته و صاحب فرزند گردید. بیمار دوم نیز در جواب سئوالات خواسته شده به عدم توانائی جنسی یعنی از بین رفتن نعوظ (IMPOTENCY) اشاره کرده بود که با امکانات موجود بررسی های لازم از نظر علل عضوی (شکل ۲) انجام و چون جواب مثبت به دست نیامد به روانپزشک معرفی گردید.

تشخیص او لیگواسپرمی با علت ناشناخته داده شده است. در سه مورد نیز که تشخیص اختلال کروموزومی از نوع کلاین فلتر داده شده، تمامی بیماران در معاینات بالینی یک یا چند علامت از ظاهر خواجگی داشته، در همه آنها بیضه ها کوچک و سفت بوده و آزواسپرمی در آزمایش مایع منی مشاهده گردید. LH، FSH بالاتر از حد طبیعی و تستوسترون آنها کاهش یافته بود، جواب نمونه برداری بیضه ها آتروفسی و اسکروز لوله های سمینی فرگزارش شده این دسته از بیماران BUCCAL SMEAR مثبت و کشت کروموزومی  $47 \times \times Y$  داشته اند.

نمونه	علل عضوی در بیمار عنن
انواع عفونتها	التهابی
پیرونی، چاقی زیاد، فیوزیس، هیدروسل، دفورناسیون مادرزادی	التهابی
اسفنگترتومی، وپروستاکتومی، جراحی عروق	بعد از جراحی
وپریاپیسم، ترومبوز، آرترواسکلروز	انسداد عروق
پارگی مجرا	تروماتیک
نارسائی کبد، اورمی، لوسمی، نارسائی تنفسی، نارسائی قلب	سیستمیک
تابس، سیرنگومیالی، اسکروز مولیتل، صدمات نخاعی و مغزی، پارکینسون	عصبی
داروهای مصرفی در بیماریهای، سایمترین، آفتامین، باربیتورات، الکل	شیمیائی
داروهای مصرفی در بیماریهای، عصبی قلب و فشارخون تیروئید، آورنال، اختلالات هیپوفیز	اندوکرین

## انتخاب درمان :

برای موارد ناعید شده بالینی و آزمایشگاهی واریس کیسه بیضه درمان بستن\* ورید اسپرماتیک داخلی ورید اسپرماتیک خارجی وحتی المقدور ورید های طناب منوی در سطح سوراخ مغبنی عمقی یا شکمی بوده است . علت انتخاب این متد جراحی در مقایسه با سایر انواع که شامل : ۱ - بستن ورید اسپرماتیک داخلی در پشت پرده صفاقی\* ۲ - بستن وریدهای طناب بیضوی یا (CORD) در کانال مغبنی می باشد، این است که شیوع عود بیماری و نارسائی نتیجه عمل در این نوع ، بخصوص اگر توجه به بستن وریدهای اسپرماتیک خارجی و یا وریدهای طناب منوی مبذول گردد خیلی کمتر خواهد بود . بیمارانیکه پس از انجام وازوگرافی مسئله انسدادی داشته اند تحت عمل جراحی پیوند وازوایی دیدیم قرار گرفته اند . انواع الیگواسپرمی بدون علت یا ایدیوپاتیک با \* CHLOMIDHEN . به مقدار ۲۵ میلی گرم روزانه تا ۲۵ روز

بطور کلی از نقطه تشخیصی ، علت عقیمی این دو بیمار جزو نارسائیهای جنسی یا SEXUA DYSFUNCTION قرار داده شد .

نکته قابل توجه اینکه تعداد زیادی از بیماران فوق پیش از مراجعه به درمانگاه تحت درمان انواع مختلف داروهای هورمونی با مقدار کم یا زیاد و مدت زمان نامناسب قرار گرفته بودند . و در آزمایش مایع منی که از این بیماران بعمل آمد در مقایسه با آزمایشات قبلی تفاوت های فاحشی ناشی از مصرف بی رویه هورمونهای مزبور مشاهده گردید .

مسئله دیگر مراجعه دو تن از بیماران بعلت عقیمی درمانگاه بود که در بررسی های بالینی کاملاً طبیعی آزمایشات شمارش اسپرم نیز طبیعی و در متن جوابهای آنها در پرسشنامه نکته مثبتی به نفع اختلال در رفتار جنسی یا نارسائی جنسی وجود نداشت . این بیماران همراه همسرانشان به متخصص زنان و زایمان معرفی شدند و بعداً " معلوم گردید اشکالات آناتومی برای همسران ایشان مطرح گردیده است .

نتیجه بررسی ۴۱ بیمار در بیمارستان شریعتی در مدت ۶ ماه که بعلت عقیمی مراجعه کرده بوده اند

تعداد بیماران	(تشخیص) علت عقیمی	
۱۰ مورد	واریکوسل	۲۹/۴ %
۷ مورد	نارسائی اولیه بیضه ها	۲۰/۱۵ %
۵ مورد	انسداد	۱۴/۷ %
۳ مورد	بیمارهای کروموزومی	۸/۸ %
۳ مورد	الیگواسپرمی ایدیوپاتیک	۸/۸ %
۲ مورد	نارسائی های جنسی	۵/۸ %
۲ مورد	طبیعی :	۲/۹ %
۱ مورد	دگرگوین استرس	۲/۹ %
۱ مورد	کریپتورکیدی	۲/۹ %
۳۴ مورد		۱۰۰

\* روش آقای IVANISSEVICH

\* روش آقای PALOMO

PAULSON &amp; WACKSMAN

از سردانی قطع مصرف داروها و هورمونهای مختلفی بود که بیرحمانه برای ایشان تجویز گردیده بود .

نتیجه :

از ۴۱ مورد بیمار که بعلت عقیمی (یکسال بعد از ازدواج) بدرمانگاه مراجعه کرده بودند ۳۴ مورد به نتیجه تشخیصی رسید و تحت درمان انتخابی قرار گرفتند . از میان بقیه بیماران ۴ مورد جهت پیگیری مراجعه نکرده و در ۳ مورد متاسفانه پرونده بیماران مفقود گردیده که اجباراً " از برنامه حذف شدند (شکل جدول ۲) .  
خلاصه :

باتوجه به اهمیت عقیمی در مردان و راههای تشخیصی و درمانی آن ۴۱ بیمار که بعلت عقیمی به بیمارستان شریعتی ، درمانگاه عقیمی ، چه بوسیله مراجعه و یا از طریق درمانگاههای زنان و زایمان معرفی شده بودند در مدت زمان شش ماه همگی با یک روش منظم تحت پیگرد قرار گرفته و به جز چند مورد بقیه به تشخیص رسیدند . نتایج درمانی در آینده نزدیک طی مقاله دیگری گزارش خواهد شد .

در بین بیماران شایعترین علت عقیمی واریکوسل و در درجات بعدی بترتیب نارسائی اولیه بیضه و انسداد بوده است انواع ناشی از بیماریهای کروموزومی ، الیگواسپرمی بدون علت در مرحله بعدی از نظر شیوع قرار داشته و انواع نارسائی های جنسی و دگرگونی استرس و کریپتورکیدی جزو موارد نسبتاً نادرتر بوده اند . س

سپس ۵ روز قطع دارو و مجدداً ادامه آن به مدت شش ماه در برنامه درمانی واقع شدند ، درضمن یک ماه پس از شیوع درمان برای هر یک از بیماران آزمایشات هورمونی مجدداً کنترل گردید تا در صورت افزایش گونا دو تروپین ها درمان متوقف گردد .

در کسانی که STRESS PATTERN به تنهایی در آزمایش شمارش اسپرم وجود داشت و آزمایشات کلینیکی از نظر واریس بیضه منفی بود نیز درمان انتخابی بستن ورید اسپرماتیک داخلی بود . البته ناگفته نماند در موقع عمل ورید مزبور گشادی واضح نداشته و نمونه فرستاده شده جهت آسیب شناسی نیز از نظر وجود پاتولوژی کمکی چندان ننموده است .

یک مورد عدم توانائی در نزدیکی ناشی از اختلال حرکتی آلت نیز که کلیه علل عضوی آن بررسی و منفی بود با روانپزشک معرفی گردید .

همانطوری که در بالا نیز آمده است مورد برگشت مایع منی به داخل مثانه ( RETROGRADE EYJULATION ) پس از قطع داروهای مصرفی درمان گردید .

در یک مورد بیضه پائین نیامده یا کریپتورکیدی نیز باتوجه به تمام آزمایشات انجام شده و معاینات بالینی تشخیص توام نارسائی اولیه بیضه و کریپتورکیدی داده شد و علی رقم تمامی عوارض احتمالی گویشتزده شده ، بیمار رضایت به برداشتن بیضه نداده و ناچاراً " عضو مزبور طی عمل جراحی در محل اصلی خود ثابت گردید .

کلیه موارد نارسائی اولیه بیضه ها نیز در حال حاضر قابل درمان نبوده و تنها کار انجام شده برای بیمار جلوگیری