

دانش پزشکی

تابستان ۸۹ - قیمت: ۲۰۰۰ تومان

ویژه نامه تخصصی
فرا درمانی

فرا درمانی

طب مکمل ایرانی



همراه مقدمه و مقالاتی از:
استاد محمد علی طاهری
دکتر ویدا پیرزاده

بررسی اثر فرا درمانی بر نازایی



بسم الله الرحمن الرحيم



صاحب امتیاز و مدیرمسئول:

دکتر سید شهاب الدین صدر

گردآوری و تحریر:

دکتر شیلا میرزاده

طرح جلد و صفحه آرایی:

فاطمه یزدانی

شادی نمازی

چاپ:

مکث

یادداشت / دکتر ویدا پیرزاده ۲

مقدمه / بارداری شعوری / استاد محمدعلی طاهری ۳

بیماری نازایی و مشکلات آن / برگرفته از سایت های اینترنتی پزشکی ۷

نازایی / زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ ۱۰

معرفی بیماران ۱۷

ناباروری و فرادرمانی / دکتر شوزا قاضی زاده ۵۲

خلاصه لاتین ۵۴

پیشین ویرنه نامه تخصصی فرادرمانی

و اذا مرضت فهو يشفين

وهنگامی که بیمار شوم او مرا درمان می بخشد

سوره شعراء آیه ۸۰

از آنجا که فرادرمانی پس از سه دهه تلاش ارزشمند فرادرمانگران، اکنون توانسته در مجامع پزشکی و آکادمیک مطرح شود و با ارائه تجربه های موثر و مثبت، در قالب پروپوزال ها و طرح های تحقیقاتی به نتایج قابل توجه و موفقیت آمیزی دست یابد، می توان چنین نتیجه گیری نمود که فرادرمانی وارد مرحله نوینی از روند تاثیرگذاری مثبت خود شده است.

در نتیجه تکرار و تذکر اصول عملی و مورد توجه، تاکید و دغدغه بنیانگذار فرادرمانی و کمیته تحقیقات پزشکی، جهت حفظ این سرمایه عظیم معنوی و به هدر نرفتن باطن جریان علمی و عملی این روش، ضروری بوده و به شرح زیر اعلام می گردد:

۱- در فرآیند درمان حفظ حرمت و قداست قرآن کریم و مآثورات معصومین علیهم السلام و احترام به کتب آسمانی وظیفه ای جدی و مهم بشمار می رود.

۲- از آنجا که فرادرمانی ارتباطی به عرفان های شرقی و غربی وارداتی ندارد، بنابراین در فرآیند درمان، حفظ امانت در انتقال مفاهیم و تعالیم فرادرمانی ضرورت دارد.

۳- پزشک فرادرمانگر موظف است بصورت کتبی رضایت نامه ای از بیمار، مبنی بر تمایل وی بر انجام فرادرمانی اخذ کند.

۴- با عنایت به اینکه فرادرمانی، درمانی کیفی است و در آن با رویکرد اصلاح نرم افزار وجودی انسان، مبادرت به درمان گردیده و بواسطه هوشمندی حاکم بر جهان هستی تحقق و عینیت می یابد، بنابراین بدیهی است انتساب درمان به شخص پزشک، مورد تأیید کمیته پزشکی نیست.

۵- فرادرمانی به عنوان طب مکمل و بنا بر اصول مصوب WHO نقش تکمیل درمان طب رایج را دارد. لذا به موجب این امر دستور تغییر و ترک داروها صرفاً با مشاهده بهبود و یا کاهش علائم کلینیکی و پاراکلینیکی توسط پزشکان فرادرمانگر و یا پزشک معالج مجاز می باشد.

با توجه به اصول حاکم بر نظامات حقوقی که مورد تأیید نظام جمهوری اسلامی ایران می باشد، هرگونه اقدامی که خارج از چارچوب قوانین و مقررات حاکم بر جامعه ایران اسلامی صورت بگیرد، مورد تأیید این کمیته نبوده و در صورت تخطی از آن، خاطی موظف به پاسخگویی در مقابل مقامات مسئول خواهد بود.

دکتر ویدا پیرزاده

مسئول کمیته تحقیقات پزشکی فرادرمانی

بارداری شعوری

مقدمه

از دیدگاه فرادرمانی، خلقت کیهان و پیدایش حیات در آن، از طریق طراحی و مهندسی بی نظیری شکل گرفته و تدبیر امور در آن بسیار دقیق و اعجاب انگیز است. یکی از شگفتی های آن در این است که به گونه ای برنامه ریزی شده که اطلاعات کل جهان هستی مادی در هر ذره نیز نهفته است. علت چنین پدیده ای این است که بر اساس دیدگاه فرادرمانی، جهان هستی مادی از هوشمندی یا شعور آفریده شده است (مراجعه به بحث جهان تک ساختاری) و چون شعور کمیت پذیر نبوده و قابل تقسیم به جزء نیست، بنابراین، شعور یک جزء (ذره) برابر با شعور کل هستی مادی است. در نتیجه، اطلاعات کل جهان هستی در یک ذره بایستی وجود داشته باشد. با این توضیح مختصر می توان اصلی را مطرح کرد و نام آن را «اصل همسانی اطلاعات جهان هستی» نامید که بر طبق آن کل اطلاعات جهان هستی مادی (کیهان) در یک ذره نهفته است، به عبارتی دیگر شعور جزء (شعور یک ذره) با شعور کل هستی مادی برابر است یا:

اطلاعات نهفته در یک ذره = اطلاعات کل جهان هستی مادی (کیهان)

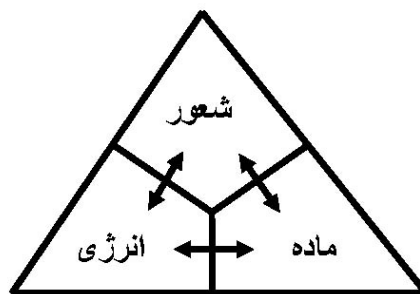
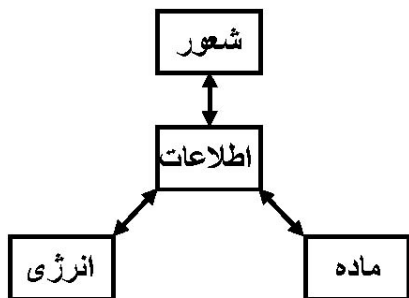
حال اگر یک سلول را مورد بررسی قرار دهیم، باید گفت سلول مجموعه ای از تعداد زیادی مولکول است که هر مولکول نیز شامل تعدادی اتم و هر اتم نیز بی نهایت ذره را در بر می گیرد. همانطور که گفته شد هر ذره به منزله یک فلاش حافظه پایه است که همه اطلاعات جهان هستی مادی را در خود جای داده است. با این قیاس عظمت یک سلول به خوبی آشکار می شود و این که یک سلول چه حجم عظیمی از اطلاعات را در خود جای داده است. در فرادرمانی اطلاعات نهفته در یک سلول در رابطه با حیات، مطابق تقسیم بندی زیر می باشد (مراجعه به ویژه نامه فرادرمانی شماره ۳):

- | | |
|--|----------------------|
| طبقه بندی اطلاعات سلول: | برنامه عملکرد سلول |
| ۱- اطلاعات مربوط به خود سلول | برنامه ریکاوری سلول |
| ۲- اطلاعات مربوط به عضوی که سلول در آن قرار دارد | برنامه عیب یابی سلول |
| ۳- اطلاعات مربوط به پیکره انسان | |
| ۴- اطلاعات مربوط به شاخه انسان | |
| ۵- اطلاعات مربوط به همه شاخه ها (انسان- گیاه- حیوان و ...) | |
| ۶- اطلاعات مربوط به زندگی اشتراکی گونه ها (دوران جنینی حیات) | |
| ۷- اطلاعات مربوط به نحوه پیدایش حیات (نطفه حیات) | |

یک سلول کلیه اطلاعات مربوط به بازسازی (recovery)، عیب یابی و عملکرد خود و حتی اطلاعات تمامی شاخه های زیستی (انسان - گیاه - حیوان) و زیر مجموعه های خود را نیز دارد. این بدان معنا است که اگر بعضی جانوران می توانند بخشی از عضو خود را ترمیم کند، از آن جا که این اطلاعات در سلول انسان نیز وجود دارد؛ او باید قادر به چنین قابلیت هایی باشد. اما مسئله اصلی نحوه نفوذ و دسترسی به این بخش ها و اطلاعات نهفته در آن است که چگونه می توان به گنجینه اطلاعات موجود در سلول دست یافت که فرادرمانی امکان دستیابی به اطلاعات سلول را مورد ارزیابی و استفاده قرار داده است.

از نظر فرادرمانی، اطلاعاتی که در یک سلول موجود است علاوه بر اطلاعات موجودیت انسان از نظر نحوه پیدایش و شکل گیری و طی مسیر تا این مرحله، شامل اطلاعات همه موجودات زنده مانند سمندر، تمساح و سایر موجودات و تجارب مختلف حیات در یک سلول می باشد؛ یعنی یک سلول از کلیه اطلاعات و تجاربی که در روی زمین راجع به پیدایش حیات و بعد از آن رخ داده، برخوردار است. این مطالب، نظریه هایی هستند که علم به تدریج به محدوده های آن نزدیک می شود و در حال حاضر، صرفاً به اطلاعات یک سلول برای تکثیر سلول مشابه خود پی برده و آن را مورد آزمایش قرار داده است و به این نتیجه رسیده که اطلاعات همه سلول های بدن هر موجودی، در یک سلول بدن آن موجود نهفته است و با فراهم کردن زمینه رشد برای یک سلول، می توان آن موجود زنده را در آزمایشگاه به وجود آورد.

با توجه به مطالب فوق، می توان نتیجه گرفت که پشت صحنه همه اجزای هستی، شعور قرار دارد. برای مثال، وقتی خورشید را مورد بررسی قرار دهیم، همانگونه که در مباحث قبل بررسی شده (جهان تک ساختاری)، از شعور یا هوشمندی ایجاد شده است؛ اما تجلی این شعور را به شکل اطلاعات (Information - Data) نیز می توان مشاهده نمود. یعنی در واقع خورشید مجموعه ای از اطلاعات و پکیجی از دانش است که با جوش و گداخت هسته ای و فعل و انفعالات بسیار دیگری، اطلاعاتی را عرضه می کند و چگونگی برخورد چهار اتم هیدروژن و جوش هسته ای (فیوژن) آن ها را با هم و ایجاد یک اتم هلیوم و خیلی اطلاعات دیگر را ارائه می کند، که در کتاب هستی (کیهان) همه این اطلاعات به صورت پکیج هایی از اطلاعات مختلف نوشته شده است و وجود دارد. در واقع همان طور که ما برای برنامه نویسی و نشان دادن اطلاعات زبان های مختلف داریم، زبان مهندسی خلقت نیز به همین گونه است و الفبای آن کهکشان ها و اجرام سماوی و من و شما هستیم.



در فرادرمانی، بدون نیاز به قرار دادن سلول در معرض یک سلول بنیادی، امکان انتقال اطلاعات آن سلول به سلول دیگر وجود دارد و تجارب متعدد در ترمیم بافت های مختلف، این نظریه را اثبات می کند

بنابراین، همه اجزای عالم هستی مادی (کیهان)، اعم از یک ذره، یک بخش و یا کل جهان در واقع اطلاعات مختلف (Information – Data) را در خود جای داده اند. در واقع یک اتم و یا یک ذره، یک فلاش حافظه است که اطلاعات کل جهان هستی را در بر گرفته، همه اطلاعات اجزای هستی، از «عدم تا وجود» در آن محفوظ است. این امر در مهندسی خلقت، حیرت انگیز ترین پدیده بوده، بخش لاینفک وجودی هر ذره به حساب می آید.

امروزه دنیای علم توانسته است به قسمتی از این اطلاعات دسترسی پیدا کند. برای مثال، با داشتن سلول های بنیادین توانسته هر عضوی را که دچار مشکل شده است، از نو بسازد و جایگزین کند. یعنی سلولی را از بند ناف گرفته و در مجاورت بافت کبد، قلب و یا هر عضو دیگری گذاشته و همان عضو را از نو بسازد و این کار در مهندسی سلول به طور کامل عملی شده است؛ زیرا سلول این قابلیت را در خود دارد که اگر یک سلول بنیادین را در معرض سلول دیگری قرار دهیم، پیامی را که از سلول مجاور می گیرد با بایگانی اطلاعات خود مطابقت نموده، مورد شناسایی قرار داده، پس از آن مطابق با این نمونه، ساخت سلول جدید را آغاز کند. به عبارتی سلول با توجه به برنامه ای که درون خود دارد، قابلیت شکل گیری به شکل سلول مجاور را پیدا می کند.

تنها نکته مهم این است که سلول در معرض اطلاعات (Information) قرار گیرد. به عبارت دیگر این اطلاعات سلول مجاور است که به سلول بنیادین انتقال می یابد و سلول بنیادین بر اساس دسترسی به بایگانی اطلاعات خود، اقدام به شکل گیری و تکثیر می کند.

اما در «فرادرمانی» این مساله به گونه ای دیگر انجام می شود. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که می توان سلول را بدون مجاورت با سلول یک بافت، در معرض اطلاعات آن سلول قرار داد. برای مثال، صنعتگری را در نظر بگیرید که با در اختیار داشتن نمونه یک وسیله، عین آن را می سازد. اما صنعتگر دیگری بدون در دست داشتن نمونه وسیله مورد نظر و با در اختیار داشتن نقشه آن وسیله (اطلاعات)، می تواند نمونه وسیله فوق را بسازد. در واقع، به جای ارائه نمونه، کافی است که نقشه وسیله مورد نظر را با جزئیات کامل آن به صنعتگر بدهیم و او فقط با داشتن این اطلاعات (information) آن را بسازد.

دنیای علم در موضوع شبیه سازی و ساخت عضو، همانند صنعتگر اول عمل می کند و با عرضه نمونه اولیه به سلول بنیادین، عین آن را می سازد. برای مثال، سلول کبد را به سلول بنیادین عرضه کرده، و سلول بنیادین هم با در اختیار داشتن نمونه، شروع به ساخت بافت کبد می کند.

به طور خلاصه وقتی یک سلول را در مجاور سلول بنیادین قرار می دهیم، اطلاعات آن ها با یکدیگر منتقل می گردد؛ اما در چنین زمینه هایی در فرادرمانی، بدون نیاز به قرار دادن سلول مورد نظر در معرض یک سلول بنیادی، امکان انتقال اطلاعات آن سلول به سلول دیگر وجود دارد و تجارب متعدد در ترمیم بافت های مختلف، این نظریه را اثبات می کند. پس اگر بتوان اطلاعات سلول را به طریقی ارسال نمود، مانند این است که خود نمونه سلول ارائه شده باشد. در فرادرمانی این

یک اتم و یا یک ذره، یک فلاش حافظه است که اطلاعات کل جهان هستی را در بر گرفته، همه اطلاعات اجزای هستی، از «عدم تا وجود» در آن محفوظ است

انتقال از طریق شعور و یا هوشمندی انجام می شود و هدایت کننده اطلاعات، شعور است. یعنی شعور، اطلاعات را انتقال و هدایت می کند. به این پدیده «انتقال شعوری اطلاعات» می گوییم. حل مشکلاتی مانند مشکل نازایی بر این اساس، تحت عنوان «بارداری شعوری» درمان می شود و با این طریق درصدی از افراد نازا می توانند صاحب فرزند شوند. نازایی به علل مختلف ممکن است عارض شود. در مواردی سن باروری بالا بوده و تخمک وجود ندارد و یا اسپرم دارای مشکل است و لقاح صورت نمی گیرد. در این حالت، فرادرمانی می تواند اطلاعات لازم را از والدین نازا انتقال داده تا نطفه از طریق انتقال شعوری اطلاعات، شکل گرفته و شروع به رشد نماید. در اصل چه به یک تخمک اطلاعات اسپرم را بدهیم و چه خود اسپرم را در معرض آن قرار بدهیم، امکان باروری وجود دارد و در مواردی نیز که تخمک دارای مشکل است نیز به همین ترتیب امکان برخورداری از یک شانس برای باروری وجود دارد.

به عبارتی دیگر، اسپرماتوزوئید یک بسته (Package) اطلاعاتی است، در نتیجه، با فرادرمانی می توان این پیام را به روش انتقال شعوری اطلاعات به تخمک انتقال داد. حتی در مواردی که package اطلاعاتی اسپرماتوزوئید مشکل داشته و تخمک هم قابلیت لازم را نداشته باشد، باز هم می توان به وسیله انتقال شعوری اطلاعات لازم جهت باروری را ایجاد کرد.

در بسیاری از نمونه های تحقیق شده توسط پزشکان فرادرمانگر، با وجود اختلال در اسپرم یا تخمک، از طریق همین تئوری و بحث بارداری شعوری به واسطه انتقال شعور از سلولی به سلول دیگر و نیز دسترسی به اطلاعات موجود در یک سلول، درمان ناباروری صورت گرفته است و بنا بر گزارش تجربی محققان، فرزندان متولد شده از طریق فرادرمانی، ضمن برخورداری از سلامتی، دارای هوش ظاهری بالایی نیز می باشند.

موضوع انتقال Package اطلاعاتی (Data یا Information) و تجاربی همچون عدم نیاز به نمونه تخمک و اسپرماتوزوئید، دریچه جدیدی را در آینده نزدیک باز خواهد کرد و غیر از کمک به عده ای که درگیر مشکل نازایی هستند، معضلاتی مانند کاهش در میزان کروموزوم (Y) در هر واحد اسپرم پستانداران را بتواند تحت کنترل در آورد. لازم به ذکر است که این نقیصه در پستانداران رخ داده است که در نتیجه آن تعداد تولد جنس نر رو به کاهش گذارده و به سمت صفر میل می کند، به طوری که خطر منقرض شدن پستانداران از جمله انسان را فراهم نموده است. لازم به ذکر است که به علت مشکل فوق، نسل بعضی از گونه های پستانداران به سرعت رو به انقراض می رود.

امیدواریم اثبات نظریه «بارداری شعوری»، به درمان ناباروری کمک نموده، والدین نازا، از طریق فرادرمانی بتوانند صاحب فرزند شده و راه برای سایر تحقیقات در زمینه های مشابه هموار شود.

مشکلات آن بیماری نازایی

بر گرفته از سایتهای اینترنتی پزشکی

در دنیا ۱۵ درصد زوج‌ها نابارور هستند. از هر دو زوج نابارور، یکی دچار مشکلات ارتباطی میان خود و همسر یا خود و اطرافیان می‌شود؛ همچنین از هر ۴ زوج نابارور، یکی به افسردگی و از هر ۶ زوج نابارور، یک‌زوج مبتلا به اضطراب است.

در کشور ما هم اکنون ۲ میلیون زوج که تجربه ناباروری را گذرانده‌اند، زندگی می‌کنند و از مجموع ۷۵۰ هزار ازدواجی که هر سال در کشور ثبت می‌شود، ۱۰۰ هزار زوج نابارور هستند.

گرچه ناباروری تنها علت طلاق نیست، اما باید گفت امروزه بسیاری از طلاق‌ها ناشی از ناباروری یکی از زوجین است و اغلب این زنان هستند که به خاطر نازایی گناهکار شناخته می‌شوند، حتی اگر مشکل ناشی از مرد باشد.

عمده دلایل محرومیت زوج‌های نابارور به علت هزینه‌های سنگین این نوع درمان‌ها و ضعف فرهنگی جامعه در این زمینه است. به طور کلی، هزینه یک دوره درمانی پیشرفته حدود ۱/۵ میلیون تومان برآورد می‌شود.

همچنین برخی از روش‌های درمانی نیاز به کارگیری انواع پیشرفته و برخی جراحی‌ها دارد که این هزینه‌ها را تا چندین برابر افزایش می‌دهد.

از سوی دیگر، ضعف فرهنگی جامعه در اعلام و پیگیری درمان ناباروری، مانعی برای درمان زوج‌های بیمار است که جای آن دارد مسئولان و افراد مرتبط بکوشند تا در بعد فرهنگی و اقتصادی از این زوج‌ها حمایت کنند.

با توجه به نوع شیوه زندگی ماشینی امروز، به نظر می‌رسد مشکل ناباروری روز به روز در حال گسترش است. مشاغل استرس‌زا، برخی بیماری‌های عفونی، استفاده از برخی امواج مانند تلفن همراه و غیره موجب ناباروری در افراد می‌شود.

براساس مطالعات صورت گرفته در ایران، مشکلات ژنتیکی و هورمونی، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی حشره‌کش‌ها و رنگ‌ها در محیط‌های کاری، مصرف برخی داروها، افزایش سن ازدواج و به تاخیر انداختن فرزنددار شدن، تغذیه نامناسب و آلودگی هوا از دلایل عمده افزایش ناباروری است.

از سوی دیگر، سن ازدواج در ۷۰۰ هزار ازدواجی که سالانه در کشور صورت می‌گیرد، رفته رفته از ۲۴ سالگی به عنوان بهترین سن باروری فاصله گرفته و به سمت ۲۷ تا ۲۸ سالگی تغییر یافته است.

خوشبختانه با پیشرفت‌های صورت گرفته در کشور، هم‌اکنون تقریباً همه روش‌های درمان ناباروری در کشور قابل انجام است. IVF، لقاح مصنوعی در خارج رحم، میکرواینجکشن و درمان براساس سلول‌های پایه از جمله این روش‌هاست.

ضمن این که از طریق آزمایش‌های ژنتیکی می‌توان اختلالات ژنتیکی جنین را پیش از انتقال آن به رحم پیدا کرد و در صورتی که جنین دچار مشکل باشد، از انتقال آن به رحم خودداری می‌شود.

هزینه درمان ناباروری در روش‌های مختلف تفاوت دارد و بین ۲۰۰ هزار تومان تا ۱/۵ میلیون تومان متغیر است. پرداخت این هزینه برای بیشتر بیماران که معمولاً زوج‌های جوان کم‌درآمد جامعه نیز هستند، سنگین است؛ اما باید توجه داشت هزینه تمام شده درمان پیشرفته ناباروری در کشور ما ۳۰ برابر ارزان‌تر از دیگر نقاط دنیاست.

به طور متوسط، هر دوره درمان نازایی در کشور فقط ۶۰۰ هزار تومان هزینه دارویی دارد که این میزان به طور میانگین برای ارزان‌ترین روش درمانی یعنی تخمک‌گذاری گرفته تا گران‌ترین آن یعنی میکرواینجکشن محاسبه می‌شود.

این هزینه در کشورهای پیشرفته دنیا به صورت میانگین ۱۰ تا ۳۰ هزار دلار است.

همچنین، بچه‌دار شدن با استفاده از روش‌های پیشرفته و جدید در دنیا بین ۵۰ تا ۲۰۰ هزار دلار هزینه به زوجها تحمیل می‌کند، اما هزینه چنین تولدهایی در مراکز پیشرفته درمانی کشور ما ۳ تا ۵ میلیون تومان هزینه دارد.

ارزیابی سلامت جسمی و روانی زوجین اهداکننده جنین و زوجین متقاضی دریافت آن، نیازمند مشاوره‌های پیش از درمان است که باید به وسیله متخصصان شاخه‌های مختلف طب از جمله زنان، اورولوژی، داخلی، عفونی، جنین‌شناسی، ژنتیک و روانپزشکی صورت بگیرد تا والدین هر چه بیشتر امیدوار باشند که با استفاده از فناوری اهدای جنین، صاحب کودکانی سالم از لحاظ جسمی و روانی خواهند شد.

این مساله درخصوص سلامت جسمی انجام می‌شود، اما بحث‌های سلامت روان معمولاً مورد توجه قرار نمی‌گیرد. به نظر می‌رسد حلقه مفقوده بسیاری از مراکز درمان ناباروری در سطح کشور، عدم بهره‌مندی از مشاوران روان‌شناس است و بسیاری از این مراکز تنها به جنبه‌های جسمانی فرآیند درمان توجه کرده و از جنبه‌های روانی اهدای جنین غفلت می‌کنند.

در سال‌های اخیر، تعداد کودکانی که با فناوری‌های جدید کمک باروری به دنیا آمده‌اند رو به افزایش است که یکی از این علوم اهدای جنین است که استفاده از این فناوری نگرانی‌های بسیاری در مورد کودکان حاصل از آن به وجود آورده است و نتایج تحقیقات روان‌شناختی در ارتباط با این کودکان تا حدودی متناقض است.

ناباروری یک بیماری رنج‌آور است که درمان آن به حمایت‌های دولت نیاز دارد، اما درمان و تامین داروهای گرانقیمت درمان ناباروری، تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارد. در ایران، نازایی یک بیماری لوکس مثل جراحی زیبایی به شمار رفته و همین مساله موجب شده زوج‌های نابارور از پس هزینه‌های سنگین درمان برنیایند.

دکتر صدر، رئیس سازمان نظام پزشکی با اعتقاد به این که درمان ناباروری کاری لوکس نیست و حتی گاهی حیاتی و ضروری محسوب می‌شود، می‌گوید: آمارها حاکی از آن است که ناباروری بشدت مسیر زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حالی که حتی افزایش قد که کار لوکسی محسوب می‌شود گاهی افراد را با مشکلات روحی منجر به خودکشی

با وجود امکانات مناسب، به دلیل عدم پوشش بیمه‌ای هزینه‌های درمانی ناباروری در کشور و نبود تعرفه‌ای مشخص، بسیاری از زوجها برای درمان یا اصلاً مراجعه نمی‌کنند یا درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند

رو به رو می‌کند.

براساس مصوبه هیات وزیران، خدمات درمان ناباروری خارج از فهرست تعهدات بیمه قرار دارد و ایجاد هر خدمت جدید به فهرست تعهدات، متضمن تامین اعتبار است. این جمله‌ای است که دکتر صفاری، مدیرکل برنامه‌ریزی بیمه‌های درمانی وزارت رفاه در این خصوص می‌گوید.

اما با وجود امکانات مناسب، به دلیل عدم پوشش بیمه‌ای هزینه‌های درمانی ناباروری در کشور و نبود تعرفه‌ای مشخص، بسیاری از زوجها برای درمان یا اصلاً مراجعه نمی‌کنند یا درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. گرانی داروهای ناباروری یکی از عمده‌ترین مشکلات زوجها نابارور است. هزینه‌های سنگین داروی ناباروری، جدای از هزینه‌های عمل‌های جراحی و انواع روش‌های درمان این بیماری است. زوجها نابارور برای تهیه داروی مورد نیازشان، گاهی اوقات هزینه‌ای افزون بر ۵ تا ۶ میلیون ریال پرداخت می‌کنند.

ناباروری یک تجربه دردناک عاطفی احساسی است که پیامدهای روانی آن با واکنش‌های غم و غصه و اندوه همسان می‌شود. ناباروری برای بسیاری از زوجها، مشکل بزرگی است که می‌تواند به طرد آنها منجر شود. فشارهای روحی‌ای که بر بیماران نابارور وارد می‌شود، مسیر درمانی آنها را بشدت تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. هر روز بیمارانی به کلینیک‌های درمان ناباروری مراجعه می‌کنند که برای ۱۰ تا ۱۳ بار و حتی در مواردی بیشتر متقاضی درمان در سیکل‌های ناباروری بوده‌اند.

درمان‌های پیشرفته ناباروری و استفاده از داروهای این دوره‌های درمانی تاثیرات سویی بر بیمار دارد، ولی بیمار تحت‌تاثیر فشارهای بستگان، خانواده و اطرافیان همچنان اصرار بر ادامه درمان دارد.

عوامل استرس‌زایی از قبیل پرهزینه بودن شیوه‌های درمانی ناباروری، ویزیت‌های مکرر پزشکان، مراجعات مکرر به مطب‌های پزشکی، انجام آزمایش‌های پرهزینه و معاینات مکرر، اتلاف وقت، مطرح کردن گزارش جزء به جزء زندگی شخصی بیمار برای پزشک معالج، تعیین برنامه زمان‌بندی شده مقاربت طبق تقویم، غیبت از کارهای روزمره جهت درمان و غیره در زوجین نابارور ایجاد مشکل می‌کند.

دکتر شیلا میرزاده



اگر حاملگی در زوجی که مقاربت های منظم بدون روش جلوگیری داشته اند در طی ۱۲ ماه رخ ندهد، این زوج نازا تلقی می شوند. نازایی ۱۰ تا ۱۵٪ زوج ها را گرفتار می کند.

عوامل نازایی

عوامل دخیل در نازایی، بسته به بیماریهای محلی، خصوصیات اجتماع و روشهای ارجاع، متفاوتند. گزارش آمارگیری انجام شده به وسیله کلینیکهای مختلف در مورد عوامل نازایی در دو دهه گذشته در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول - عوامل دخیل در نازایی

عوامل	درصد موارد
تولید ناقص اسپرم اشکال در دخول اسپرم	30 تا 40
عوامل تعصبک کثاری عوامل رحمی یا لوله	5 تا 25
عوامل سرویکس و ایندوتریک	15 تا 25
پس از بررسی	5 تا 10

بررسی نازایی

بسیاری از بررسی هایی که در سالهای گذشته پیشنهاد شده اند از ارزش ناچیزی برخوردارند، اما امروزه در مورد آزمون های تشخیصی توافق نسبی وجود دارد. در اغلب موارد بیمار به کلینیک تخصصی مراجعه می کند. در این ویزیت پزشک باید اطلاعاتی در مورد سابقه بیماریهای گذشته و جراحی های قبلی، مشخصات قاعدگی وی و عادت های جنسی زوجین از جمله تعداد مقاربت های جنسی جمع آوری کند. برخی زنان در مورد عدم رسیدن به ارگاسم و خروج منی از واژن نگرانند.

پزشکان باید این قبیل زنان را در باره عدم تاثیر این عوامل در باروری مطمئن سازند. معاینه بیمار باید شامل معاینه لگنی و معاینه عمومی باشد. معاینه لگن به منظور تعیین وجود هر گونه ناهنجاری واضح دستگاه تناسلی، مثلاً میوم رحمی، تومور تخمدان و آندومتریوزیس انجام می شود. پاپ اسمیر (در صورت عدم انجام آن در سالهای قبل) باید انجام

شود. ارزیابی های آزمایشگاهی، شامل: خون، آزمون های مربوط به سفلیس، سرخجه و HIV و کامل ادرار است. سطح پروژسترون خون ممکن است برای اثبات تخمک گذاری اندازه گیری شود. بررسی ها معمولاً با آنالیز منی شروع می شود، زیرا ممکن است آزواسپرمی یا اولیگواسپرمی شدید داشته باشد.

آنالیز مایع منی

به طور ایده آل، یک مرد باید همسرش را در اولین ویزیت برای اطلاع از روش ارزیابی همراهی کند. از این مرد شرح حال تهیه می شود و می توان وی را معاینه کرد. اولین قدم انجام یک اسپرموگرام از دو طریق فراهم می شود. در آزمایشگاه، مرد می تواند با خود تحریکی نمونه تازه منی را تهیه کند یا در خانه با کمک همسر خود نمونه منی را تهیه کند و آن را ظرف یک ساعت به آزمایشگاه بیاورد. استانداردهای نمونه مایع منی طبیعی توسط WHO تعیین و اعلام شده است. اگر اولین نمونه غیرطبیعی باشد دو نمونه دیگر نیز باید بررسی شود.

نتایج ارزیابی اسپرموگرام به صورت زیر عنوان می شود:

- طبیعی
- اولیگواسپرمی (کمتر از ۲۰ میلیون اسپرم در میلی لیتر)
- ۱- اسپرمها حرکت طبیعی دارند
- ۲- اسپرمها از حرکت کمی برخوردارند (آستنواسپرمی)
- اولیگواسپرمی شدید (کمتر از ۵ میلیون اسپرم در کل نمونه)
- آزواسپرمی
- آستنواسپرمی با شمارش نرمال

در صورت نتایج غیرطبیعی، معاینه و تهیه شرح حال از مرد الزامی است. شرح حال ممکن است نشان دهد که او در معرض گرمای زیاد، مواد شیمیایی خاص یا داروهای ضد سرطان قرار گرفته است. معاینه دستگاه تناسلی مرد مهم است. اندازه های بیضه های وی ارزیابی می شود. معاینه در وضعیت ایستاده (برای بررسی واریکوسل) انجام می شود، اگرچه اهمیت این تشخیص به عنوان یک عامل دخیل در نازایی مورد بحث است. در صورت وجود آزواسپرمی یا اولیگواسپرمی شدید اندازه گیری FSH انجام می شود (بیش از ۳ برابر میزان طبیعی نشان دهنده نارسایی بیضه است). بیوپسی بیضه در موارد اولیگواسپرمی شدید به همراه اندازه طبیعی بیضه و سطح FSH طبیعی انجام می شود. عقیمی کامل عبارت از آزواسپرمی و افزایش سطح FSH می باشد.



اصطلاح عقیمی شدید در موارد اولیگواسپرمی شدید به کار برده می شود و عبارت عقیمی نسبی نشان دهنده تعداد اسپرم بین ۵ تا ۲۰ میلیون در هر میلی متر منی است. به مردان با عقیمی نسبی ممکن است انجام درمان پیشنهاد شود، اگرچه به وی باید گفته شود که هیچ کدام از روشهای درمانی موثرتر از پلاسبو نیستند. در موارد عقیمی شدید، می توان از روش تزریق میکروسکوپی اسپروماتوزوا به داخل سیتوپلاسم استفاده کرد. اسپرم را می توان در موارد انسداد وازادفران، از اپیدیدیم تهیه کرد.

ارزیابی زن

عوامل موثر در نازایی با منشاء زنانه شامل موارد زیر است:

- عدم تخمک گذاری یا تخمک گذاری نامنظم
 - ضایعه لوله رحمی که از عبور اسپرم ممانعت به عمل می آورد
 - عوامل رحمی همچون چسبندگی داخل رحمی (سندرم آشرمن)
 - تخریب اسپرم به وسیله مخاط سرویکس که در اغلب موارد یک نقص ایمنی وجود دارد
- بررسی این عوامل در مراکز نازایی انجام می شود.

تخمک گذاری

موثرترین روش اثبات تخمک گذاری، اندازه گیری سطح پروژسترون سرمی در وسط فازلوتئال است. امروزه استفاده از روش قدیمی (جدول دمای روزانه) منسوخ شده است. در گذشته بسیاری از متخصصان زنان از کورتاژ تشخیصی برای تأیید وجود فازلوتئالیزاسیون آندومتر (نشان دهنده وجود تخمک گذاری) استفاده می کردند، اما امروزه این روش تهاجمی تنها در کشورهایی مورد استفاده قرار می گیرد که در آنها سل لگنی شایع است.

زمان تخمک گذاری

تعیین زمان تخمک گذاری در درمان برخی علل نازایی اهمیت بسزایی دارد زیرا لقاح بیشتر در این روز یا در طی ۵ روز پس از آن رخ می دهد. زمان تخمک گذاری را می توان با اندازه گیری سطح پلاسمایی هورمون LH مشخص کرد. بیشترین میزان LH همزمان با تخمک گذاری آزاد می شود. عدم تخمک گذاری در زنان آمنوره و حتی در زنان با قاعدگی طبیعی رخ می دهد.

فاز لوتئال ناقص

برخی متخصصان نازایی بر این باورند که علت بعضی موارد نازایی، رشد کم آندومتر در فاز لوتئال می باشد که در نتیجه آن تخمک بارور قادر به جایگزینی در آندومتر نیست. اما گروه دیگری از متخصصان این نظریه را انکار می کنند. بسیاری از درمانهایی که برای بهبود این اختلال مورد استفاده قرار می گیرد ارزش ثابت شده ای ندارند.

عوامل لوله ای

باز بودن لوله های فالوپ از سه راه بررسی و مشخص می شود:

یک روش هیستروسالپنگوگرافی است. در این روش کاتولای متصل به یک سرنگ به داخل سرویکس وارد و ماده حاجب به داخل رحم تزریق می شود. عبور ماده حاجب به داخل رحم و عبور آن از لوله فالوپ و ورود آن به داخل حفره پریتوان (اگر لوله ها باز باشد) نشان داده می شود. امتیاز این روش عدم نیاز به بستری بیمار و نیز امکان ارزیابی ناهنجاریهای احتمالی داخل رحمی است.

روش دوم سونوگرافی رحم و لوله های آن با کنتراست می باشد. این روش یک تکنیک جدید محسوب می شود. تحت اسکن سونوگرافی داخل واژینال، یک محلول گالاکتوز به داخل رحم تزریق می شود و در مسیر لوله ها جریان یافته و آنها را دقیق تر از هیستروسالپنگوگرافی با ماده حاجب مشخص می کند.

روش سوم شامل انجام لاپاروسکوپی و سپس تزریق ماده رنگی محلول در آب به داخل حفره رحمی و مشاهده خروج آن از انتهای شرابه ای لوله فالوپ می باشد. امتیاز این روش اطمینان از باز بودن لوله های فالوپ و تشخیص چسبندگی دور لوله ای و رسوبهای آندومتری (آندومتریوزیس) است. اگر چه آندومتریوزیس تنها در ۱۰٪ زنان نازا دیده می شود اما ۴۰٪ زنان مبتلا به آن به نازایی دچار هستند.

ناسازگاری سرویکس

اگرچه این اصطلاح معمولاً برای نشان دادن عدم توانایی اسپرم برای عبور از مخاط سرویکس در زمان تخمک گذاری به کار می رود اما این اختلال بیشتر ناشی از نقص در عمل اسپرم (احتمالاً به علت ایمونولوژیک) است. بسیاری از متخصصان زنان و زایمان به ناسازگاری سرویکال عقیده دارند و برای اثبات آن آزمون پس از مقاربت را انجام می دهند. بیش از ۱۰۰ سال است که از این آزمون استفاده می شود، هر چند در اوایل برای تعیین وجود اسپرم در سرویکس مورد استفاده قرار می گرفت. امروزه این آزمون به روش زیر انجام می شود:

- زوجین ۱ تا ۲ روز قبل از تخمک گذاری یا در روز تخمک گذاری مقاربت داشته باشند
- پس از مقاربت زن به مدت ۲۰ دقیقه به پشت بخوابد و ۸ تا ۱۲ ساعت پس از آن به پزشک مراجعه کند و نمونه

موکوس سرویکس تهیه شود (با استفاده از لوله پلاستیکی متصل به سرنگ)
• اسمیر برای تعیین درجه نفوذ اسپرم در موکوس به وسیله اسپرمهای فعال و متحرک و شمارش آنها در میدان دید میکروسکوپی بررسی می شود

یک آزمون مثبت (بیش از ۲۰ اسپرم فعال و متحرک در هر میدان دید میکروسکوپی) بیانگر این است که امکان وجود مشکلات ایمنولوژیک باعث نازایی ناچیز می باشد اما تست منفی اطلاعات مفیدی ارائه نمی دهد. بدین علت تست مخاطی بسیار اختصاصی تر ابداع شده است. روش دوم عبارت از واکنش آگلوتیناسیون مخلوط می باشد. در این روش سلولهای قرمز انسانی با IgG حساس و با اسپرم مخلوط می شوند. اگر اسپرماتوزوآ با آنتی بادی پوشیده شود چسبندگی مخلوط قابل رویت خواهد بود. ارزش این آزمون نامشخص و ارزش تشخیصی آن ضعیف است.

نازایی بدون توجیه

امروزه با وجود بررسیهای کافی علت نازایی در ۱۵٪ زوجها مشخص نیست. نازایی توجیه نشده برای زوجین و گروه درمانی یک معضل حل نشده به شمار می رود.

درمان نازایی

عقیمی در مردان

آزرواسپرمی یک عامل نازایی است. وقوع حاملگی با وجود الیگواسپرمی شدید همسر غیر معمول است. برای این زوجین اهدای اسپرم (DI) یک راه حل به شمار می رود. استفاده از روش اهدای اسپرم (DI) به طور ماهانه برای ۱۲ ماه سبب وقوع حاملگی در ۶۵٪ زنان این افراد می شود. اگر تعداد اسپرمها محدود باشد یک اسپرم را می توان با روش تزریق میکروسکوپی (میکروانژکسیون) به داخل فضای زیر زوناپلوسیدا یا داخل تخمک تزریق کرد. برای افزایش شمارش اسپرم در مردان با اولیگواسپرمی غیر شدید می توان فرم خوراکی تستوسترون (مستروлон) و اخیراً کلومفین برای حداقل ۱۲ هفته تجویز کرد اما میزان تاثیر آن مشخص نیست. یک روش جانشین مناسب شامل تغلیظ نمونه اسپرم و بارور کردن تخمک با استفاده از تکنیک باروری داخل آزمایشگاهی می باشد.

نازایی در زنان

عدم تخمک گذاری (معمولاً در ارتباط با آمنوره)

القای تخمک گذاری به وسیله داروهای محرک تخمک گذاری به وسیله داروهای محرک تخمک گذاری می تواند به مردان مبتلا به اولیگواسپرمی یا زنان دچار اولیگومنوره کمک کند.

امروزه با وجود بررسی های کافی علت نازایی در ۱۵ درصد زوج ها مشخص نیست. نازایی توجیه نشده برای زوجین و گروه درمانی یک معضل حل نشده به شمار می رود

ضایعه لوله ای

دو انتخاب درمانی وجود دارد که به شدت ضایعه لوله ای و تمایل بیمار بستگی دارد. در روش اول تلاش می شود تا انسداد لوله با استفاده از جراحی میکروسکوپی برطرف گردد. اگر فقط انتهای شرابه ای لوله بسته باشد یک سالپنگوستومی یا فیبرینولیز انجام می شود. این اقدام احتمال حاملگی را در یک دوره ۲ ساله پس از عمل به ۴۰٪ می رساند. در صورت انسداد گسترده در لوله به انجام آناستوموز لوله ای نیاز است و احتمال باروری با این روش بیش از ۲۰٪ نیست. این در حالی است که ترمیم لیگاتور لوله با ۶۰٪ احتمال حاملگی مجدد همراه است. وجود این نتایج نسبتاً ضعیف (به جز در مورد برگشت باروری در لیگاتور لوله) انجام IVF را توصیه می کند. IVF کمتر تهاجمی است و خطر حاملگی خارج رحمی کمتر و احتمال زایمان نوزاد سالم نیز بیشتر می باشد.

ناسازگاری سرویکس (نازایی با علت ایمونولوژیک)

روش قدیمی درمان استفاده از کاندوم برای مرد به مدت ۶ ماه است، به این امید که آنتی بادی ضداسپرم حذف شود. سایر درمانها شامل تجویز دوز کم کورتیکواستروئید (پردنیزون ۲۰ میلی گرم دو بار در روز برای ۱۰ روز اول دوره ماهانه) به مدت ۳ ماه، استفاده از اسپرم شسته شده جهت تزریق داخل رحم، استفاده از IVF یا تکنیک انتقال داخل لوله ای تخمک می باشد. هیچ کدام از این روشهای درمانی به طور دقیق ارزیابی نشده اند و به نظر می رسد که تعداد حاملگی با درمان و بدون درمان یکسان است.

نازایی توجیه نشده

درمان زوجهای نازا با نازایی توجیه نشده مبهم می باشد. بدون درمان و تنها با اطمینان دادن به زوجین در مورد این که علتی برای نازایی پیدا نشده است، بیش از ۲۰٪ زنان در طی ۳ سال حامله می شوند. اما اگر زوجین خواستار درمان باشند یا اگر زن مسن تر از ۳۵ سال باشد ممکن است IVF یا GIFT بلافاصله پس از تشخیص انجام شود.

روشهای جدید کمک باروری

این تکنولوژیها شامل IVF و انواع آن می باشد که افق جدیدی برای درمان نازایی ایجاد کرده اند. در دهه گذشته علم پزشکی به پیشرفتهای قابل ملاحظه ای در راستای کاهش درد غیرتهاجمی کردن روش درمان و کاهش قیمت نایل شده است. این روش به شرح زیر است:

۱- به منظور تحریک تخمک گذاری داروهای محرک تخمک گذاری شامل FSH آگونیستهای آزادکننده گنادوتروفین و گنادوتروپین جفتی برای زن تجویز می شود.



۲- تخمکها از طریق واژن و با هدایت سونوگرافی از تخمدان استخراج می شود.

۳- تخمکها برای باروری آماده و فقط تخمکهای خوب انتخاب می شوند.

۴- اسپرم در آزمایشگاه به تخمک اضافه می شود.

۵- ۲ تا ۳ تخمک بارور شده به داخل رحم یا لوله های فالوپ منتقل می شوند.

تکنیک GIFT نیز مشابه IVF بوده به جز آن که لقاح قبل از ورود تخمک و اسپرم به داخل لوله های فالوپ انجام نمی شود. میزان موفقیت عمل IVF برای حاملگی و زایمان یک نوزاد سالم و زنده ترم در حدود ۱۰٪ بوده، در حالی که این میزان موفقیت به دنبال عمل GIFT حدود ۲۰٪ است. اگر این روشها پنج بار تکرار شوند شانس تولد نوزاد زنده به دنبال IVF، ۴۰٪ بوده و برای GIFT در حدود ۵۰٪ می باشد.

میزان موفقیت درمان

از هر ۱۰ زوج نازا در حدود ۴ زوج با انجام اقدامهای درمانی دارای فرزند می شوند. اگرچه حاملگی در اغلب موارد به دنبال درمان است، اما در ۲۰٪ موارد با درمان مرتبط نمی باشد.

مشکلات روانی در ارتباط با نازایی

لقاح و سپس زایمان یک نوزاد سالم یک حادثه مهم در زندگی هر زوج محسوب می شود. در اغلب خانمها مادر شدن نشانه جنسیت مونث اوست و پدر شدن نشانه بارز قدرت مردانگی به شمار می رود. برای اغلب زوجها پدر و مادر شدن نشان عشق آنها به یکدیگر است. امروزه همچنان نازایی به عنوان یک بیماری در اجتماع شناخته می شود و بنابراین جنبه روانی نازایی قابل ملاحظه است، به ویژه برای زنانی که بیش از شوهرانشان تحت بررسی قرار می گیرند. این افراد ممکن است انجام بررسیهای تهاجمی را نشانه از دست دادن کنترل خود بر جسم قلمداد کنند. اگر یک علت غیرقابل درمان برای نازایی مشخص شود یا اگر با وجود اقدامهای درمانی، حاملگی رخ ندهد، زوجین ممکن است به مشکلات روانی- جسمی وسیع دچار شوند.

زنان وزایمان ویلیامز ۲۰۰۵

بیمار خانم ۳۰ ساله، ساکن ساوه می باشد. بیمار در سال ۱۳۸۰ ازدواج نموده و در سال ۱۳۸۱ بارداری طبیعی داشته و صاحب پسری می گردد که در سال ۱۳۸۵ به دلایل بیماریهای مختلف فوت می شود، البته این زوج از سال ۱۳۸۳ برای بارداری مجدد اقدام نموده که نتیجه بخش نبوده است. از سال ۱۳۸۶ با مراجعه به پزشک، یکسری اقدامات درمانی جهت ایشان انجام گرفته و با تشخیص PCO (Poly Cystic Ovary) و دردهای شکمی متعاقب آن، تا تابستان ۱۳۸۷ تحت جراحی و درمان قرار گرفته است. پس از بررسیهای آزمایشگاهی از خود ایشان و همسرشان مشکلی دیده نشده و با درمانهای دارویی بارداری اتفاق نیفتاده (ضمیمه ۱ و ۲)، و پس از قطع امید از درمانهای ساده به بیمارستان شریعتی و کلینیک نازایی مراجعه می کند. در این بیمارستان عمل هیستروسکوپی و لاپاروسکوپی برای ایشان انجام شده که تشخیص فیبروز و بسته بودن لوله راست و اندومتریئیت شدید و نرمال بودن لوله چپ برای ایشان داده شده است (ضمیمه ۳). طبق تشخیص بخش زنان بیمارستان مذکور، تنها راه درمان نازایی برای این زوج IVF با احتمال ۱۰ تا ۲۰ درصد داده شده است، که به علت مشکلات و عدم اطمینان از حصول نتیجه از این عمل منصرف می شوند. در این اثنا با آشنا شدن و آگاهی یافتن از روش "فرادرمانی" به عنوان یکی از روشهای طب مکمل، از طریق یکی از پزشکان فرادرمانگر، و دادن اجازه جهت درمان، "فرادرمانی" برای این زوج انجام شده است. چند روز بعد از انجام "فرادرمانی"، بیمار دچار درد شدید شکمی شده که تا ۲۴ ساعت ادامه داشته و بر اساس پیگیریهای بعمل آمده در تاریخ ۸۷/۱۱/۷ بیمار بطور گذرا درد شکمی را داشته و کاملاً تغییرات را احساس می کرده است، بصورتی که ایشان عادات ماهیانه نامنظم را بصورت لکه بینی و بمدت ۳-۴ روز داشته، اما پس از ۶ ماه از شروع "فرادرمانی" بصورت منظم و ماهیانه شده و بار اول ۲ هفته خونریزی بسیار شدید داشته که بتدریج اینها هم منظم و هفتگی شده است، ضمن اینکه از نظر جسمی دیگر دچار ضعف و خستگی نمی شده و از نظر روانی مثل سابق زود عصبانی نمی گردیده و بسیار آرامتر می شود.

در تاریخ ۸۷/۱۱/۱۲ تست حاملگی ایشان مثبت و هم اکنون فرزند ایشان ۷ ماهه و سالم می باشد.

بحث

درضایعات لوله ای، انتخاب درمان بستگی به شدت ضایعه لوله ای و تمایل بیمار دارد. در روش اول تلاش می شود تا انسداد لوله با استفاده از جراحی میکروسکوپی برطرف گردد. اگر فقط انتهای شرابه ای لوله بسته باشد، یک سالپنگوستومی یا فیبرینولیز انجام می شود. این اقدام احتمال حاملگی را در یک دوره ۲ ساله پس از عمل به ۴۰٪ می رساند. در صورت انسداد گسترده در لوله، به انجام آناستوموز لوله ای نیاز است و احتمال باروری با این روش بیشتر از

۲۰٪ نیست. بخاطر وجود این نتایج نسبتاً ضعیف انجام IVF توصیه می شود.

نتیجه گیری

از آنجا که این بیمار بدون انجام هرگونه عمل جراحی و درمانهای دارویی، تنها با انجام روش "فرا درمانی" ظرف مدت کوتاهی باردار شده، می توان روی این نتیجه این درمان و اثر "فرا درمانی" بعنوان روشی جدید تحقیق و تفحص نمود. گرچه بعضی از نتایج درمانی حاصل از "فرا درمانی" در این بیمار می تواند با درمانهای دیگری از جمله IVF میکرواینجکشن و غیره محتمل باشد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کمال رضایت را دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار کاملاً از نتایج درمان خود راضی بوده و سپاسگزار خدای تبارک و تعالی می باشد.

مستندات

اصل آزمایشات و دست نوشته بیمار در دفتر مجله موجود می باشد.

فرا درمانگر

کمیته پزشکی فرا درمانی

منابع

- ۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی - انتشارات گلبان، ۱۳۸۴
- ۲- مبنای بیماریهای زنان و مامایی - درک لیولین جونز - انتشارات سخن گستر، ۱۳۸۳
- ۳- انسان از منظری دیگر - محمدعلی طاهری - انتشارات بیژن، ۱۳۸۷



نام خدا

شماره ۱۴۵۳ رسیده شماره ۱۳۵۹ در سال ۱۳۸۰ از مراجع کرام

سال ۱۳۸۱ صاحب فرزند سیری شدم به دلایلی مختلف در سال ۵ سالگی فوت کرد از سال ۸۳ هیچ گونه خبری (حجت عالمی) نداشتم و دارای بچه هم شدم سال ۸۵ وقتی بچه از دنیا رفت یک سال بعد اقدام به دراز کردن بچه دار شدن خانم در تاریخ ۲۵، ۵، ۸۴ به علت دردش عمل لپت انجام داد از آنجا که ۸۲ به علت قطع امید از دکترهای ساره به بیمارستان هجرت ادا شد بگریه نازایی خانم مراجعه و عمل هیستروسکوپی و لاپاراسکوپی انجام شد بواسطه قطعی نخس زنانه بیمارستان این بود که به علت بسته بودن لوله خانم به هیچ عنوان به صورت طبیعی حامله نمی شود باید جراحی کرد و از امل دی ماه ۸۷ با خانم دکتر استنا شدم بار اخصای تلفنی خانم دکتر طی آزمایش منقطع ۱۲، ۱۱، ۸۷ صد هجرت خانم عالم هجرت ضمن سیاسی از خداوند ببارک و تعالی در اخصای خانم دکتر

تلفن :

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۴/۳۱ پزشک معالج: خانم دکتر
سن: ۲۸ سال
پزشک: خانم
مراجعه کننده: خانم

Hormon Analysis

Test	Result	Unit	Reference Interval
T4 Chemiluminescence	9.31	mcg/dL	4.5 - 13.6
Free T3 Chemiluminescence	2.40	pg/mL	2.2 - 4.7
T.S.H Chemiluminescence	2.18	micU/ml	1-6 days 2.5-18.0 1-20 Weeks 1.7-9.1 5m-15 years 1.0-6.0 Adult 0.3-4.0 >50 years up to 10.0
L.H Chemiluminescence	6.30	mlu/mL	Luteal :1.3-10.8 Follicular phase :1.9-9.2 Periovulatory :6.1-49.1 Postmenopausal without hormone therapy :15.4-53.3 postmenopausal under hormone therapy :0.7-52.7
F.S.H Chemiluminescence	10.0	mlu/mL	Follicular 3.5-9.2 Luteal phase :1.7-5.6 Periovulatory 4.7-25.9 Postmenopausal without hormone therapy 13.9-103.1 Postmenopausal under hormone therapy 1.7-96.8
Estradiol	78.0	pg/mL	Follicular 10.0-78.0 Luteal 14.0-240.0 Mid cycle 79.0-445.0 Postmenopausal upto 80.0 Male upto 87.0
Testosterone Chemiluminescence	0.44	ng/mL	Female :<0.1-1.29 Male :3.0-10.0
DHEA-S	800	ng/mL	male:Prepubertal :100-900 Adult:(17-50 years) :1300-4100 Adult >50 years :100-900 Female :Prepubertal :100-900 Adult :1300-4100 Postmenopausal 100-1400 up to 70
Thyroglobulin	19.5	ng/mL	

آزمایشات هورمون شناسی یا دستگاه Chemiluminescence انجام می شود

signature.....



28/11/1388

تاریخ

بیمار خانم

۵۹۱۱

همکار ارجمند سرکار خانم دکتر
مناب آقای

Pelvic / Obstetric Ultrasonic examination

*Uterus measures about 93*60*51 mm showing multiple small fibromas , the largest is 11mm (posterior – intramural).*

*There is a gestational in endometrial cavity measuring 13*10*10 mm .*

There is small (3mm) echogenic structure within the sac but heart beat is not seen . Regarding the LMP , comparison with previous examination is recommended to confirm or exclude growth arrest .

There is no evidence of cystic or solid space occupying lesion in pelvic cavity . Free fluid is not seen .

Bladder shows normal wall thickness without stone or mass lesion .

ماموگرافی
رادیولوژی
رادیولوژی تخصصی
پارک رفس
سونوگرافی
سونوگرافی تخصصی
تولید و ارتقاء
تولید و ارتقاء
تولید و ارتقاء
تولید و ارتقاء
تولید و ارتقاء

طرحه قرار دارد

تأمین اجناس

مدیریت خدمات

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

تولید و ارتقاء

Dr. Lab

Fluorescence flow cytometry analyser (RNA/DNA)

Date: 2008/07/21

Time: 11:32:59

Sample No. 4783-70

Name:

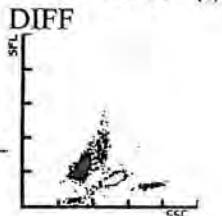
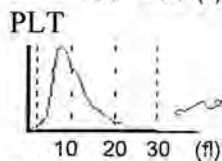
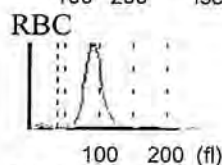
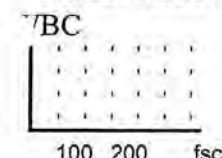
Patient ID: 4-4783

Female: 1980/07/21

WBC	5.72	[10 ³ /uL]
RBC	4.75	[10 ⁶ /uL]
HGB	14.1	[g/dL]
HCT	42.1	[%]
MCV	88.6	[fL]
MCH	29.7	[pg]
MCHC	33.5	[g/dL]
PLT	302	[10 ³ /uL]
RDW-SD	38.8	[fL]
RDW-CV	12.3	[%]
PDW	12.8	[fL]
MPV	10.6	[fL]
P-LCR	29.6	[%]
PCT	0.32	[%]
NEUT	53.4	[%]
LYMPH	34.3	[%]
MONO	7.0	[%]
EO	5.1	[%]
BASO	0.2	[%]

Reference interval

(3.00 - 11.00)
(3.90 - 5.60)
(11.5 - 16.5)
(36.0 - 47.0)
(74.0 - 110.0)
(23.0 - 38.0)
(31.0 - 38.0)
(150 - 450)
(37.0 - 54.0)
(11.0 - 16.0)
(9.0 - 17.0)
(9.0 - 13.0)
(13.0 - 43.0)
(0.17 - 0.35)
(37.0 - 80.0)%
(20.0 - 50.0)%
(0.0 - 14.0) %
(0.0 - 6.0) %
(0.0 - 1.0) %



*** NEUT
*** MONO
*** LYMPH
*** EO
*** BASO

RDW-SD: calculated distribution width of erythrocytes, standard deviation.

RDW-CV: calculated distribution width of erythrocytes, coefficient variation.

PDW: calculated distribution width of platelet.

MPV: mean platelet volume.

P-LCR: platelet-large cell ratio.

PCT: plateletcrit.

....? : suspect flag message.

Signature:

comment:

SSC : depends on the complexity of nuclear lobulation & the presence of granules within the cytoplasm.

SFL : depends on the proportional of the cell nucleic acid content (RNA/DNA).

این آزمایش (CBC) توسط دستگاه فلونورسانس فلو سایتومتری (Full diff) انجام شده که دقیق ترین و جدیدترین دستگاه جهت diff گلبولهای خونی می باشد.

Address

Tel :

fax :

ضمیمه ۱

دکتر

سباوہ -

شماره پذیرش: ۱۱-۳۰۵۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۵/۲۱ پزشک معالج: سرکار خانم دکتر
نام مراجعه کننده: خانم سن: ۲۸ سال

Hormon Analysis

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Reference Interval</u>
Progesteron	<<0,4	ng/mL	Follicular 0.1-1.5 Luteal 2.5-28.1 Mid luteal 5.7-28.1 Over 60 years 0-0.2 1st.trimester 9.0-47.0 2nd.trimester 16.8-146.0 3rd.trimester 55.0-255.0 Male 0-0.4

آزمایشات هورمون شناسی با دستگاه Chemiluminescence انجام می شود

signature.....

KOWSAR PATHOBIOLOGY LAB

SARHANG ZADEH M.D /Pathologist

SAVEH - SHARIATI

Telfax:2212938 Tel: (0255)-2222726-2226697

مکتبہ تحفہ طبیبی و پاتالوژی

مکتبہ معتمدین امیب شناسی

ساوہ خانیان شریعتی

تلف کیس:

Figure 1

شماره : ۲۵۲۳

نام : : رقم :

بزرگ معالج : سرکار حاجم دکن

تاریخ مراجعه : ۱۳۸۷/۰۲/۲۳

سفر : ۳۸ سال

HORMON ANALYSIS

Test	Result	Unit	Reference Value
Beta-HCG	1.8	MIU/ml	Negative : <10 Borderline : 10-50 Positive : >50

PATHOLOGIST SIGNATURE

این مرکز انجام آزمایشات هورمونی به روش الکتروکمی (ECL) جدیدترین و دقیقترین روش در سطح کشور امکان پذیر میباشد

نام: شماره: کد شناختی: ۳۷۸۴۳۸۱۰ سریال کد ارجاع (خاص): کد ملی: تاریخ تولد: ۱۳۵۶/۲/۲۵ جنسیت: نوع بیمه: ۱۳۵۶/۱/۰۴ نامیت: (ت) استانی: واحد: مدرک: نام و کد پزشک خانواده: پرونده: کد تشخیص: تاریخ اتمام: تاریخ ویزیت:	۳, Amp H.M.G. N=12 3 Amp Cervical F N=12 3, Vial Superfect N=1 مهر و امضا، داروخانه و پاراکلینیک چنان ویزیتار: (ل) و. و. احمدی، پزشک	قسمت (ریاز): جمع شماره: شماره: شماره: شماره:
---	---	---

SHARIATI HOSPITAL INFERTILITY UNIT

NAME OF PATIENT:		ADD NO: 16462	
AGE:		DATE: 87. 4. 22	
DAYS AFTER INTERCORSE:			
Volume	2 cc	Germinal cell	0-1
Apperance (milky, opal)		WBC	0-1
Color (whitish, yellow)		RBC	-
Viscosity	✓	Round cell	-
Liquefaction	< 30 min	Agg	-
PH		Bac	-
Fructose		Others	-
Befor cap:		After cap:	
Concentration: 8.5×10^6		Concentration: 40×10^6 total good sperms: 15×10^6	
4 Fulla	3 Fullb	2 Slug	1 Low
10	20	25	5
0 Immo	4 Fulla	3 Fullb	2 Slug
40	30	35	30
1 Low	0 Immo	4 Fulla	3 Fullb
5	40	30	35
0 Immo	4 Fulla	3 Fullb	2 Slug
	30	35	30
	1 Low	0 Immo	
MORPHOLOGY			
HEAD		NECK	
☐ Golbular ☐ Pin head ☐ Micro acrosom ☐ Small head ☐ Vacuolated ☐ Amorphuos head ☐ Loose head ☐ Irregular ☒ Normal		☐ Angular neck ☒ Cytoplasmic droplet ☐ Thick neck ☐ Angutated	
TAIL		ABNORMA	
☐ Coil tail ☐ Double tail ☐ Short tail		☒ Normal	
Norm zoospermia ☐		Oligo zoospermia ☐	
Terato zoospermia ☐		Asteno zoospermia ☐	
		Azoospermia ☐	

۲ ضمیمه

Dr Clinical Laboratory
Dr

ازمایشگاه تشخیص طبی دکتر
دکتر

سأوه -

شماره پذیرش: ۴-۴۸۵۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۴/۳۱ پزشك معالج: خانم دکتر
نام مراجعه کننده: آقای سن: ۳۴ سال

Hematology

Test	Result	Unit	Reference Interval	Differential
C.B.C				

Serology

Test	Result	Unit	Reference Interval
VDRL	Negative		

Immunology

Test	Result	Unit	Reference Interval
HBs-Ag- chemiluminescence	0.10		< 0.9 Negative 0.9-1.1 borderline >1.1 Positive
Anti H.C.V	Negative		Negative
HIV(1-2 Ab)&(P-24 Ab)	Negative		Negative

signature.....

ضمیمه ۲

Dr Clinical Laboratory
Dr.

ازمایشگاه تشخیص طبی دکتر
دکتر

سأوه -

تلفن:

شماره پذیرش: ۴-۴۷۸۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۴/۳۱ پزشك معالج: خانم دکتر
نام مراجعه کننده: خانم ... سن: ۲۸ سال

Hematology

Test	Result	Unit	Reference Interval	Differential
C.B.C				

Biochemistry

Test	Result	Unit	Reference Interval
Fasting Blood Sugar	81	mg/dl	70 - 120
Creatinine	0.8	mg/dl	0.4 - 1.4

آزمایشات این بخش یا دستگاه اتوآنالیزر Kone انجام میگردد

Serology

Test	Result	Unit	Reference Interval
VDRL	Negative		

Immunology

Test	Result	Unit	Reference Interval
HBs-Ag- chemiluminescence	0.26		< 0.9 Negative 0.9-1.1 borderline >1.1 Positive
Anti H.C.V	Negative		Negative
HIV(1-2 Ab)&(P-24 Ab)	Negative		Negative
TPO Ab	25.52	IU/ml	1 - 16

ضمیمه ۲

تیمبین ویژه نامه تخصصی فرادرمانی

Dr. Lab

Fluorescence flow cytometry analyser (RNA/DNA)

Date: 2008/07/21

Time: 19:56:05

Sample No. 4858-18

Name:

Patient ID: 4-4858

Male : 1974/07/21

WBC	5.90	[10 ³ /uL]
RBC	5.11	[10 ⁶ /uL]
HGB	14.8	[g/dL]
HCT	43.6	[%]
MCV	85.3	[fL]
MCH	29.0	[pg]
MCHC	33.9	[g/dL]
PLT	211	[10 ³ /uL]
RDW-SD	37.5	[fL]
RDW-CV	12.3	[%]
PDW	11.9	[fL]
MPV	10.2	[fL]
P-LCR	26.2	[%]
PCT	0.21	[%]
NEUT	45.0	[%]
LYMPH	43.6	[%]
MONO	8.8	[%]
EO	1.9	[%]
BASO	0.7	[%]

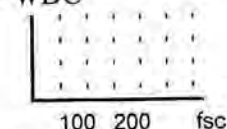
Reference interval

(3.00 - 11.00)
(4.50 - 6.50)
(12.5 - 17.0)
(37.0 - 51.0)
(74.0 - 110.0)
(23.0 - 38.0)
(30.0 - 38.0)
(150 - 450)
(37.0 - 54.0)
(11.0 - 16.0)
(9.0 - 17.0)
(9.0 - 13.0)
(13.0 - 43.0)
(0.17 - 0.35)
(37.0 - 80.0)%
(20.0 - 50.0)%
(0.0 - 14.0) %
(0.0 - 6.0) %
(0.0 - 1.0) %

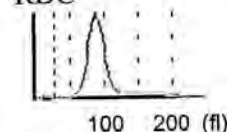
Absolut count

2.66	[10 ³ /uL]
2.57	[10 ³ /uL]
0.52	[10 ³ /uL]
0.11	[10 ³ /uL]
0.04	[10 ³ /uL]

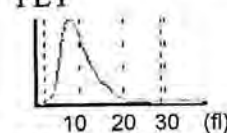
WBC



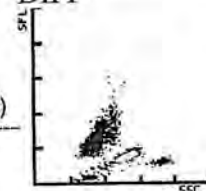
RBC



PLT



DIFF



NEUT
*** MONO *** EO
*** LYMPH *** BASO

RDW-SD: calculated distribution width of erythrocytes, standard deviation.

RDW-CV: calculated distribution width of erythrocytes, coefficient variation.

PDW: calculated distribution width of platelet.

MPV: mean platelet volume.

P-LCR: platelet-large cell ratio.

PCT: plateletcrit.

....?: suspect flag message.

Signature

WBC IP Message(s)

RBC IP Message(s)

PLT IP Message(s)

comment:

SSC : depends on the complexity of nuclear lobulation & the presence of granules within the cytoplasm.

SFL : depends on the proportional of the cell nucleic acid content (RNA/DNA).

این آزمایش (CBC) توسط دستگاه فلوروسایتومتری (Full diff) انجام شده که دقیق ترین

و جدیدترین دستگاه جهت diff گلبولهای خونی می باشد .

Address :

Tel :

fax :

ضمیمه ۲

بیمار خانم ۴۷ ساله، متأهل و ساکن تهران، که سال ۱۳۶۶ ازدواج نموده است. نامبرده تا سه سال ناباروری داشته که پس از بررسی از خود و همسرشان، همسر وی واریکوسل داشته که متأسفانه درمانی جهت ایشان انجام نشده، تا اینکه ۶ سال بعد مورد عمل جراحی قرار گرفته است و بیمار پس از ۹ ماه بارداری شده که البته مشکلاتی از قبیل فشار خون حاملگی، لکه بینی و ادم ژنرالیزه و غیره را نیز به همراه آن داشته است. در سال ۱۳۷۶ پسر ایشان سالم بدنیا آمده و مجدداً پس از چند سال که تمایل به بارداری داشته به پزشک مراجعه نموده که با توجه به عود واریکوسل همسر، و همچنین سابقه پولیپ سرویکس خود، پزشک احتمال بارداری را بسیار ناچیز عنوان می نماید. از اینرو بیمار دیگر به موضوع بارداری فکر نمی کرده، تا اینکه در سال ۱۳۸۵ با "فرادرمانی" آشنا میشود و در سال ۱۳۸۸ بدنبال تمایل به بارداری و بکارگیری "فرادرمانی"، علیرغم داشتن پولیپ سرویکس، بارداری می شود. (ضمیمه ۱)

بارداری بیمار در حالی اتفاق می افتد که هیچگونه درمانی در سالهای ماقبل آن از طرف وی صورت نگرفته بود لذا با شک و تردید به پزشک مراجعه نموده و با انجام آزمایش Baby check در تاریخ ۸۸/۱۱/۱۰ و آزمایش B-HCG در تاریخ ۸۸/۱۱/۱۷، از بارداری بودن خود مطمئن می شود. (ضمیمه ۲)

با انجام سونوگرافی در تاریخ ۸۸/۱۱/۲۱ حامله بودن بیمار محرز می گردد. (ضمیمه ۳)

بحث

در بیمارانی که از واریکوسل رنج می برند و ریدهای که از بیضه خارج می شوند، شبکه پریپیچ وخمی می باشند و تصور می شود که این وریدها به عنوان مبادله کننده گرما دخالت کرده و بیضه را سرد نگه می دارند. واریکوسل عبارت است از اتساع فیزیولوژی این وریدها. مهار اسپرماتوزن و آتروفی بیضه در اثر واریکوسل مورد قبول عامه قرار گرفته است و به همین خاطر اعمال جراحی فراوانی صورت گرفته و می گیرد. گرچه تمام مطالعات دارای کنترل که تاکنون صورت گرفته، نشان داده که تغییرات زیادی در درمان ایجاد نمی کند و علاوه برآن امکان عود این بیماری وجود دارد.

نتیجه گیری

امروزه نتایج روانی نازایی روی زوجین قابل ملاحظه است. این افراد ممکن است انجام بررسیهای تهاجمی را نشانه از دست دادن کنترل خود بر جسم قلمداد کنند. اگر یک علت غیرقابل درمان برای نازایی مشخص شده و یا اینکه با وجود انجام اقدامهای درمانی، حاملگی رخ ندهد، زوجین ممکن است به مشکلات روانی-جنسی دچار شوند.

از آنجا که بیمار فوق بعثت بیماری همسر و عدم بارداری، با مشکل مواجه شده و پس از استفاده از "فرادرمانی" و بدون بکارگیری هرگونه درمان پزشکی دیگر بارداری شده، نمی توان دلیل اصلی دیگری غیر از "فرادرمانی" برای درمان وی متصور شد. لذا مورد فوق و موارد مشابه نشان دهنده اثر مثبت "فرادرمانی" بر درمان نازایی است.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از سیر درمان خود بسیار راضی است و همچنان تمایل به آشنایی بیشتر با ابعاد دیگر "فرادرمانی" را دارد.

مستندات

گزارشات و مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگر

کمیته پزشکی فرادرمانی

منابع

۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی - انتشارات گلبان، ۱۳۸۴

۲- اورولوژی / جان بلندی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۳

۳- انسان از منظری دیگر - محمدعلی طاهری - انتشارات بیژن، ۱۳۸۷

بیمارستان فوق تخصصی

Hospital

شماره قفسه	Y37432	شماره باتولوژی	P-88-3474	تاریخ مراجعه	88/11/29
نام بیمار		سن	۴۷ سال	پزشک معالج	دکتر

MACROSCOPIC

DESCRIPTION: Received specimen in two containers:

- A) Cervical polyp: Consists of a piece of creamy-brown soft tissue M:1x0.5x0.4cm.
- B) Uterine curettage: Consists of several irregular pieces of creamy-brown soft tissue measuring altogether 4.5x4x0.5cm.

BLOCK

DESCRIPTION: A) TS/1B

B) TS/4B

MICROSCOPIC

DESCRIPTION: Histopathological findings support below diagnosis.

DIAGNOSIS: A) Endocervical polypectomy

- Confirmed

B) Uterine curettage:

- Product of conception

Pathologist : Dr

MD AP

Dr.

MD AP/CP

ضمیمه ۱

آزمایشگاه پاتریولوژی و تخصصی

خیابان

آرژاد 1534

سن / جنس: ۴۶ سال / F

نام: خانم

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۷ تاریخ جوابدهی: ۸۸/۱۱/۱۷ LMP Date: 88/10/8

شماره: H-139

Tumor Markers

Test	Result	Units	Reference Range
Beta HCG/CLIA	H >5000	mIU/ml	Up to : 6.5
Note	H. High		

ضمیمه ۲

مرکز تصویر برداری پزشکی

LI 1.5 Tesla, Spiral C, T Scan, General & Color Doppler Sonography

انواع سونوگرافی و داپلر رنگی - سیتی اسکن اسپیرال - انواع سونوگرافی و داپلر رنگی

تاریخ: ۱۳۸۸/۱۱/۲۱ سن: ۴۷+

بیمار: خانم

Dr.

TRANSVAGINAL AND T-ABDOMINAL OF FETAL SONOGRAPHY

Uterus contains several fibromas and a GS which includes fetal pole and yolk sac.

No FHR is detected now.

CRL: 3 mm

GA: 5 weeks and 6 days +/- 1 week. /h

Sincerely yours,

M.

ضمیمه ۳

بیمار خانم ۳۲ ساله، متأهل، ساکن تهران. نامبرده در سال ۱۳۸۲ ازدواج نموده و تا دو سال پس از آن تمایلی به باردار شدن نداشته است. در سال ۱۳۸۴ برای باردار شدن اقدام می نماید که با ناموفق شدن در این امر پیگیریهای پزشکی را آغاز می نماید و پس از بررسیهای پزشکی با تشخیص هیپرتروفی اندومتر، بعلاوه تخمدان پلی کیستیک، تحت درمان دارویی قرار می گیرد (ضمیمه ۱). درمانها شامل کلومیفن سترات+آمپولهای β HCG و غیره بوده است. در پی انجام مجدد سونوگرافی در سال ۱۳۸۷ به دو طریق Trans vaginal و Trans abdominal، همچنان تشخیص PCO + اندومتریوز در ایشان داده می شود (ضمیمه ۲).

بیمار بمدت ۶ ماه کلیه درمانها را قطع نموده ولی دردهای شدید شکمی باعث می شود که به بررسی مجدد پرداخته و همزمان "فرا درمانی" را مورد استفاده قرار می دهد. پس از مدتی بیمار متوجه بارداری خود می شود که در آزمایش β HC G بعمل آمده در تاریخ ۸۷/۹/۳ نتیجه مثبت گزارش شده (ضمیمه ۳)، و همچنین در سونوگرافی صورت گرفته در تاریخ ۸۸/۱/۱۹ این موضوع به اثبات رسیده و جنین سالم گزارش می گردد (ضمیمه ۴). در سونوگرافی بعدی سالم بودن جنین مورد تأیید قرار گرفته (ضمیمه ۵) و در ادامه بررسیها هیچگونه مشکل کروموزومی و آنومالی در جنین مشاهده نمی شود (ضمیمه ۶).

در ادامه روند نرمال بارداری و زایمان، هم اکنون بیمار، یک نوزاد ۱۱ ماهه سالم دارد.

بحث

کیست های تخمدان کیسه های پر از مایع در تخمدان هستند. بیشتر این کیستها (غیرمرضی) بوده و با درمانهای سبک بهبود می یابند. کیستهای فانکشنال شامل دو نوع کیستهای لوتئال و فولیکولار هستند. معمولاً کیستها در عرض ۸ هفته یا دو سیکل قاعدگی از بین می روند و اگر پایدار بمانند بیشتر احتمال دارد پاتولوژیک باشند تا فیزیولوژیک. اندومتریوز عبارت است از قرار گرفتن غدد و استرومای اندومتر (لایه مخاط داخل رحم) در جایی خارج از حفره اندومتر و جدار لگن. در صورت شک به اندومترویا، توده باید آسپیره و برداشته شود. وجود زمینه ژنتیک یا ارثی برای اندومتریوز به اثبات رسیده است. زنانی که اقوام درجه اول آنها به اندومتریوز مبتلا باشند، ۱۰ برابر بیشتر از زنانی که چنین سابقه خانوادگی مثبتی ندارند به اندومتریوز مبتلا می شوند.

نتیجه گیری

اظهار نظر در مورد این بیمار با توجه به عدم درمان ۱ ساله دارویی تا حدودی مشخص می باشد. ولی از آنجا که بهبودی خودبخودی برای اندومتریوز و کیست تخمدان گزارش نشده و بیمار هیچ درمان دیگری برای این اختلالات دریافت نکرده، می توان درمان این بیمار را به "فرا درمانی" نسبت داد. علاوه بر نتیجه بارداری، عملاً درمان فوق منجر به حذف و برطرف سازی کیستهای تخمدان، که همواره با احتمال بدخیمی همراه می باشند نیز گردیده، که این خود باعث موفقیت بیشتر درمان و رضایت مندی مضاعف بیمار شده است.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود راضی بوده و به اطلاع رسانی در مورد این روش درمانی کاملاً علاقه مند است.

مستندات

گزارشات و اصل مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرا درمانگر

کمیته پزشکی فرادرمانی

منابع

۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی- انتشارات گلبان، ۱۳۸۴

۲- مبانی بیماریهای زنان و مامایی- درک لیولین جونز- انتشارات سخن گستر، ۱۳۸۳

۳- انسان از منظری دیگر- محمدعلی طاهری- انتشارات بیژن، ۱۳۸۷

دکتر

متخصص رادیولوژی

نظام پزشکی :

آدرس :

تلفن :

رادیولوژی - سونوگرافی

تاریخ: ۸۶/۸/۳

نام بیمار : خانم

سن بیمار : ۲۹ ساله

سونوگرافی کبد . کیسه صفرا . مجاری صفراوی . پانکراس . طحال .

پاراآنورت . کلیه ها . مثانه و ارگانهای ژنیتال

همکار محترم و بسیار عزیز سرکار خانم

یاسلام و ارادت

پارانشیم کبد اکوی طبیعی دارد کانالیکولهای صفراوی داخل و خارج کبد متسع نیستند ، دیامترهای کلدوک 0.5 cm می باشد .

کیسه صفرا اکو و اندازه طبیعی دارد و تصویر سنگ در آن مشهود نیست .

پانکراس و طحال اکو و اندازه طبیعی دارند و دیامترهای طحال $9 \times 6/1 \text{ cm}$ می باشد .

کلیه ها اکو و اندازه طبیعی دارند .

دیامترهای کلیه راست $9/8 \times 4/2 \text{ cm}$ و دیامترهای کلیه چپ $9/2 \times 4/3 \text{ cm}$ می باشد .

علامت دال بر هیدرونفروز ، سنگ یا ضایعه فضاگیر در کلیه ها مشهود نیست .

غدد لنفاوی پارآنورت از محل انشعاب S.M.A و تنه Celiac تا نواحی قابل رویت آنورت شکمی برجسته نیستند .

مثانه اکوی طبیعی دارد و پس از تخلیه مقدار 17 cc Residue در آن باقی می ماند .

ترورورسیون راست رحم مشهود است .

رحم بزرگتر از حد طبیعی است و ابعاد آن $9/1 \times 5 \times 4/4 \text{ cm}$ می باشد و اکوی آن هموژن می باشد که این بزرگی ناشی از

اختلال هورموناتل می باشد .

علامت دال بر هیپرپلازی آندومتر مشهود است و ضخامت آندومتر $1/1 \text{ cm}$ می باشد .

تخمندان راست بزرگتر از حد طبیعی است و دیامترهای آن $4/4 \times 2/8 \text{ cm}$ می باشد و در آن فولیکول کیستیک با دیامتر

2 cm و همچنین چند فولیکول کوچک کیستیک با حداکثر دیامتر 0.6 cm مشاهده می گردد.

دیامترهای تخمدان چپ $2 \text{ cm} \times 3/4$ می باشد و در آن فولیکول های متعدد کوچک کیستیک با حداکثر دیامتر 0.6 cm مشاهده می گردد.

مقداری مایع حدود $24/5 \text{ cc}$ در Cul-de-sac خلفی مشهود است که هر چند می تواند به علت P.I.D باشد معذک

چون گاهی می تواند تنها علامت E.P در سونوگرافی باشد (هر چند در این بیمار بعید به نظر می رسد) تطبیق با علامت

بالینی و تیتراژ Beta sub unit پیشنهاد می گردد .

در ضمن با توجه به سابقه دیسمنوره های شدید و وجود مایع در Cul-de-sac خلفی سونوگرافی ترانس واژینال از نظر بررسی

Endometriosis پیشنهاد می گردد .

لطفاً در مراجعه بعدی سونوگرافی های قبلی را همراه بیاورید .

رادیولوژی - سونوگرافی

دکتر
متخصص رادیولوژی
نظام پزشکی :

آدرس :

تلفن :

تاریخ: ۸۷/۴/۲۴

نام بیمار : خانم

سن بیمار : ۳۰ ساله

سونوگرافی ارکانه‌های ژنیتال

استاد محترم و بسیار عزیز سرکار خانم دکتر

باسلام و ارادت

سونوگرافی به دو طریق *TransAbdominal* و *TransVaginal* صورت گرفت .

انترومترین راست و چپ مشهود است .

ابعاد رحم $9/3 \times 5/6 \times 2/6$ CM می باشد و اکوی آن در حد طبیعی است .

تضخمات آندومتر $9/4$ CM می باشد .

دiameterهای تخمدان چپ $2/4 \times 2/7$ CM می باشد و در آن دو فولیکول کیستیک با diameter $1/8$ CM و $1/2$ CM و

تخمین چند فولیکول کوچک کیستیک با حداکثر diameter 1 CM مشاهده می گردد .

بر اندکس راست تصویر بیضی شکلی با diameter $2/4 \times 5/3$ و حجم $26/5$ CC مشهود است که دارای

Internal Echo به صورت ذرات اکوژن داخلی است که نمایی هیپو اکوژیک به آن داده است و نشانه کیست

چاکولاتی نامت بوده که در مرحله اول به نفع *Chocolate Cyst Of Endometriosis (Endometrioma)* می باشد .

بر قدام مقداری مایع حدود 29 CC در *Cul-de-sac* خلفی مشهود است .

نقطه در مرحله بعدی سونوگرافی های قبلی را همراه بیاورید .

استاد محترم در این مرکز سونوگرافی سه بعدی (3D) و همچنین CD جنین ارائه می گردد .

۵۸۶ = ۵۸۶

ضمیمه ۲

MEDICAL LABORATORY

آزمایشگاه پزشکی

میزان
تولید :

تولید :

۱۶:۲۷

نام : خانم	بزرگسال :
شماره : ۲۲۰۸	سن/جنس : ۱/۳۰
تاریخ : ۸۷.۰۹.۰۳	پرونده : ۹۱۲۶۰۹۷۹۲۱

Hormone & Special Biochemistry

Test	Result	Units	Reference Values
Beta HCG serum.....	H >250	mIU/ml	0-25 Non Pregnant 25-50 Suspected-Should be repeated on next week. >50 Pregnant

Comment : H : High.
آزمایشات اختصاصی توسط سیستم کامل و اثر و ریدر آورس امریکان انجام شده است.

* دکتر
* نظام پزشکی
ضمیمه ۳

* دکتر
* نظام پزشکی

دکتر

متخصص رادیولوژی

رادیولوژی - سونوگرافی

نظام پزشکی :

آدرس :

تاریخ : ۸۸/۱/۱۹

نام بیمار : خانم

سن بیمار : ۳۰ ساله

سونوگرافی بررسی وضع حاملگی

همکار محترم و بسیار عزیز سرکار خانم دکتر

باسلام و ارادت

تصویر یک جنین دختر با پوزانسیون Breech در داخل رحم مشهود است .

FML = 4/1 cm و BPD = 5/7 cm معادل 24 هفته از تاریخ LMP است .

اکتیویته قلب جنین مشاهده گردید ، ریتم قلبی سینوسی است و تعداد ضربانات قلب جنین 143 در دقیقه می باشد .

مایع آمنیوتیک در حد طبیعی است به طوری که عمق یک Pocket آن که فاقد اندام های جنین و امبلیکال کورد می باشد 5 cm است .

پلاستانتا Posterior Fundal می باشد .

وزن تقریبی جنین حدود 689 گرم می باشد .

در ضمن کیست مشهود در تخمدان راست ، در سونوگرافی قبل (87/9/13) مشاهده نگردید .

لطفا در مراجعه بعدی سونوگرافی های قبلی را همراه بیاورید .

همکار محترم در این مرکز سونوگرافی سه بعدی جنین (3D) و همچنین CD جنین ارائه می گردد .

با احترام و تشکر
دکتر

ضمیمه ۴

First Trimester Screening Report

۱۰-۲۱۳۴

Dr

Clinic

Date of birth: 07 July 1977
Examination date: 11 January 2009

Address: Iran

Maternal / Pregnancy Characteristics:

Ethnic origin: White (European, Middle Eastern, North African, Hispanic).

Smoker: no;
Conception: spontaneous

Last period: 21 October 2008

EDD by dates: 28 July 2009

First Trimester Ultrasound:

US machine: Philips IU22
Visualisation: good

Probe: 3D6-2/OB Early

Gestational age: 12 weeks + 2 days from CRL

EDD by scan: 24 July 2009

Findings: Alive fetus - Fetal heart activity present
Fetal heart rate: 162 bpm
Crown-rump length (CRL): 59.3 mm
Biparietal diameter (BPD): 19.2 mm
Nuchal translucency (NT): 1.0 mm
Placenta: Right Lateral
Amniotic fluid: normal
Cord: 3 vessels

Chromosomal markers:
Nasal bone: normal;

Fetal anatomy:

Skull/brain: appears normal; Spine: appears normal; Abdomen: appears normal; Stomach: visible;
Bladder: visible; Hands: both visible; Feet: both visible;

Estimated risk for Trisomy 21 (Down's syndrome), 18 (Edward's syndrome) + 13 (Patau's syndrome):

Maternal age: 31 years

	Trisomy 21	Trisomy 18	Trisomy 13
Background risk:	1: 524	1: 1257	1: 3948
Adjusted risk:	1: 2618	1: 3808	1: 73169

The background risk is based on maternal age. The adjusted risk is the risk at the time of screening, calculated on the basis of the background risk and ultrasound factors (fetal nuchal translucency thickness, fetal heart rate)

Page 1 of 2 printed on 11 January 2009 -

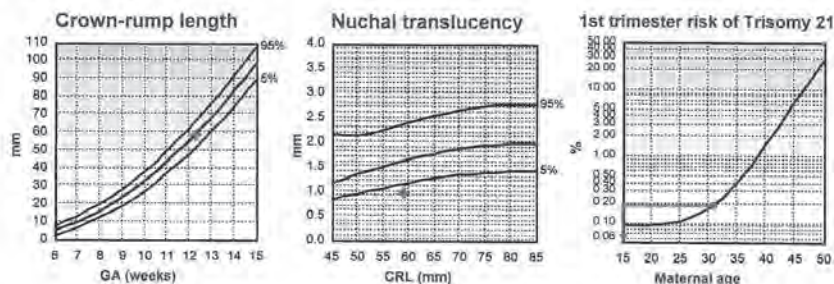
examined on 11 January 2009

First Trimester Screening Report

Dr

Clinic

The estimated risk is calculated by the FMF-2008 software and is based on findings from extensive research coordinated by the Fetal Medicine Foundation (UK Registered charity 1037116). The risk is only valid if the ultrasound scan was performed by a sonographer who has been accredited by the Fetal Medicine Foundation and has submitted results for regular audit (see www.fetalmedicine.com).



Comments

No Anomaly Seen at This Time
We Recommended an Anomaly Scan at the 20th Weeks of Gestation
Dr
FMF operator code:

تیمین ویرنه نامه تخصصی فرادرمانی



در سونوگرافی یک جنین با قرار طولی و پرزانتاسیون Breech و متغیر مشاهده میشود. جنین دارای حرکات منظم قلب (تعداد ۱۶۲ در دقیقه) است. جنین دارای حرکات اکتیو ته و اندامها است. جفت در دیواره طرف راست رحم قرار گرفته است و با سوراخ داخلی سرویکس فاصله دارد (Not Previa). جفت دارای ضخامت طبیعی است و درجه بندی آن "صفر" میباشد (Grade 0). مقدار مایع آمنیوتیک در حدود طبیعی است. در بیومتری BPD حدود ۹۹/۴ میلیمتر، HC حدود ۶۹ میلیمتر، FL حدود ۶۵ میلیمتر و AC حدود ۵۴/۳ میلیمتر و CRL حدود ۵۹/۲۷ میلیمتر است. لذا سن جنین با بیومتری حدود ۱۲ هفته و ۲ روز حاملگی از LMP است. وزن جنین با در نظر گرفتن پارامترهای فوق حدود ۵۵ گرم است.

Nuchal Translucency حدود ۱/۰۳ میلیمتر است. Nasal Bone حدود ۲/۰۱ میلیمتر میباشد. ستون فقرات طبیعی است. Bowel و Stomach و کلیهها مشاهده شدند.

در بررسی جنین با سونوگرافی در حد مقدورات و با توجه به این سن حاملگی فعلا Gross Anomaly در سر و احشاء داخلی (دستگاه گوارش و دستگاه ادراری) و اندامها مشاهده نشد. جنین از نظر مارکرهای سونوگرافی تریزومی High Risk نمیشد.

ریسک تریزومی ۲۱ و ۱۸ و ۱۳ با پروتوکل و نرم افزار FMF بررسی شد که نتایج آن ضمیمه است.
بررسی Fetal Anomaly در هفته ۲۰ حاملگی توصیه میشود.

با احترام
دکتر

دکتر

معاونت سونوگرافی و امپالمنت (رئیس) (تاریخ : ۸۷/۱۰/۲۲)

Hormon Analysis			
Test	Result	Unit	Reference Interval
T4, Chemiluminescence	9.31	micg/dL	4.5 - 13.6
Free T3 Chemiluminescence	2.40	pg/mL	2.2 - 4.7
T.S.H Chemiluminescence	2.18	micU/ml	1-5 days 2.5-18.0 1-6 weeks 1.7-9.1 5m-15 years 1.1-6.0 Adult 0.3-4.0 >50 years up to 10.0
L.H Chemiluminescence	6.30	miu/mL	Luteal : 1.3-10.6 Follicular phase : 1.9-9.2 Periovulatory : 5.1-49.1 Postmenopausal without hormone therapy : 15.4-53.3 postmenopausal under hormone therapy : 0.7-52.7
F.S.H Chemiluminescence	10.0	miu/mL	Follicular : 3.5-9.2 Luteal phase : 1.7-5.6 Periovulatory : 4.7-25.9 Postmenopausal without hormone therapy : 13.9-103.1 Postmenopausal under hormone therapy : 1.7-96.8
Estradiol	78.0	pg/mL	Follicular : 10.0-78.0 Luteal : 14.0-240.0 Mid cycle : 79.0-445.0 Postmenopausal upto 80.0
Testosterone Chemiluminescence	0.44	ng/mL	Male upto 87.0 Female : <0.1-1.29
DHEA-S	800	ng/mL	Male : 3.0-10.0 male:Prepubertal : 100-900 Adult (17-50 years) : 1300-4100 Adult >50 years : 100-900 Female :Prepubertal : 100-900 Adult : 1300-4100 Postmenopausal : 100-1400 up to 70
Thyroglobulin	19.5	ng/mL	

آزمایشات هورمون شناسی با دستگاه Chemiluminescence انجام می شود.

signature.....

بیمار خانم ۳۷ ساله، متأهل، ساکن تهران و ۲۰ سال قبل ازدواج کرده است. بیمار سابقه پسوریازیس را قبل از ازدواج داشته، که با درمان خوراکی پردنیزولون و تزریق بتامتازون درمواقع حملات بیماری همراه بوده است. پس از ازدواج بیماری اوج گرفته که با کورتون تراپی مشکل بیمار کنترل می شده. بیمار سابقه ۲ بارداری، یک سال و ۷ سال بعد از ازدواج را داشته که پس از آخرین زایمان که ۱۳ سال پیش رخ داده، برای بارداری مجدد اقدام نموده که متأسفانه علیرغم پیگیری های زیاد بارداری اتفاق نیفتاده، تا اینکه سال گذشته بعلت آب مروارید نیاز به جراحی پیدا می کند و لذا کورتون بیمار به تشخیص چشم پزشک قطع می گردد که بدنبال آن علائم پوستی بیمار تشدید شده و ریزش موی شدید که از علائم قطع کورتیکواستروئید بوده در بیمار پیدا می شود.

بیمار در پائیز سال ۸۸ جهت درمان به متخصص زنان مراجعه می نماید و توسط پزشک برای وی "فرادرمانی" آغاز می گردد که پس از ۲ ماه نه تنها بارداری رخ می دهد بلکه تمام بثورات پوستی، خارش و التهاب پوستی ایشان نیز برطرف می شود. این در حالی است که بیمار در طول مدت درمان با فرادرمانی از هیچ دارویی استفاده نمی کرده است. مطابق آخرین سونوگرافی انجام شده، علائم همگی رفع، و بارداری طبیعی تشخیص داده شده و هم اکنون پنج ماهه باردار می باشد.

بحث

درمان زوجهای نازا با نازایی توجیه نشده مبهم می باشد. البته این زوج بعلت ۲ بارداری قبلی و دو زایمان سالم، ممکن است در نگاه اول نازا محسوب نشوند، ولی از آنجا که اگر اقدامی جهت بارداری صورت بگیرد اما بمدت ۵ تا ۱۰ سال بارداری اتفاق نیفتد طبق تعریف، این مورد نازایی محسوب شده و می توان بیمار فوق را جزو این گروه دسته بندی نمود. بدون درمان، و تنها با اطمینان دادن به زوجین در مورد اینکه علتی برای نازایی پیدا شده است، بیش از ۲۰٪ زنان در طی ۳ سال حامله می شوند. اما اگر زوجین خواستار درمان باشند یا اگر زن مسن تر از ۳۰ سال باشد ممکن است IVF یا GIFT بلافاصله پس از تشخیص انجام می شود.

نتیجه گیری

لحاق و سپس زایمان یک نوزاد سالم یک حادثه مهم در زندگی هر زوج محسوب می شود. اگر یک علت غیرقابل درمان برای نازایی مشخص نشود و یا اگر با وجود اقدامهای درمانی، حاملگی رخ ندهد، زوجین ممکن است به مشکلات روانی وسیع دچار شوند. اغلب زوجها خود را با مشکل نازایی وفق می دهند، اما یک سوم آنان به افسردگی دچار می شوند و از هر ۷ نفر، یک نفر بشدت به استرس روانی مبتلا می گردد.

از آنجا که جهت بیمار فوق غیر از "فرادرمانی" هیچ درمان دیگری بکار گرفته نشده و در ضمن باردار شدن، بیماری زمینه ای وی نیز از نظر علائم برطرف گردیده و منجر به رضایت مندی بیمار نیز شده است، نمی توان منکر اثر "فرادرمانی" بر روند درمان و بهبود حال بیمار شد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از سیر درمان خود بسیار راضی است. بخصوص اینکه درمان چند مورد بیماری بصورت همزمان، رضایت وی را چندین برابر نموده است.

مستندات

گزارشات و مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرا درمانگر

کمیته پزشکی فرادرمانی

منابع

- ۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی- انتشارات گلبن، ۱۳۸۴
- ۲- مبانی بیماریهای زنان و مامایی- درک لیولین جونز- انتشارات سخن گستر، ۱۳۸۳
- ۳- انسان از منظری دیگر- محمدعلی طاهری- انتشارات بیژن، ۱۳۸۷

هوالتفاهی
دکتر
Dr. M.D
داخلی، پوست، اطفال
زیبایی
۰۵ ۳۷۹۸۸
نام (بیمار):
پلورس: ۱۳-۹
تلفن:

کدام میترافا
لیوناس محمد حسن کریشیراگینم
بهرامه

شماره ن- پ ۱۵۰۴۲
تلفن:
تاریخ: ۱۳۸۴/۰۸/۰۵
بیمار: خانم
آقای

همکار محترم دکتر
خانم

۱- درکید و مجاری صفراوی ضایعه ای دیده نمی شود. اندازه کبد و عروق کبدی
همچنین قطر ورید پورت (P.V) در حد طبیعی میباشند

Echotexture کبد نرمال است

در کیسه صفرا ضایعه ای دیده نمی شود. سنگ یا انسداد نیز مشاهده نمی گردد.

۲- غدد پانکراس و طحال دارای اندازه Echogenicity طبیعی میباشند

۳- در نواحی پارا آکورتیک و رتر و پریتون ضایعه ای دیده نمی شوند.

۴- کلیه های راست و چپ و سیستم کالیها و لگنچه و حالبهای دو طرف و
Echotexture آنها در حد طبیعی هستند. مثانه طبیعی به نظر میرسد

در لگن ضایعه ای دیده نمی شود.

توضیحات: در هم از نظر سونوگرافی و در هم از نظر سونوگرافی
کلیه های راست و چپ و سیستم کالیها و لگنچه و حالبهای دو طرف و
Echotexture آنها در حد طبیعی هستند. مثانه طبیعی به نظر میرسد

۱۳۸۴/۰۸/۰۵

ضمیمه ۲

PATHOBIOLOGY LAB

Cytology Pathology Clinical lab

No:
Tel:**آزمایشگاه پاتوبیولوژی**

سیتولوژی پاتولوژی تشخیص پزشکی

تھوان:
تلفن:

شماره پذیرش: ۱۱-۲۳۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۱/۱۲ پزشک معالج: سن: ۳۷ سال

نام مراجعه کننده:

Hormon Analysis

LMP Date: ۱۳۸۸/۱۰/۰۸ (34th Day)

Test	Result	Unit	Method	Reference range
Beta-HCG	143	IU/L	IRMA	0-10 :Negative 10-25 :Equivocal >25 :Positive Weeks of gestation: 5 :50-7000 7 :500-60000 9 :17000-200000 11 :34000-250000 13 :25000-210000

Please repeat the test if clinically indicated.

R.Abedini,M.D

P.Omidvar,M.D

M.Nabizadeh,M.D

همکار محترم سرکار خانم دکتر

با سلام:

سونوگرافی حاملگی

در بررسی سونوگرافی تصویر یک ساک حاملگی در کایوته رحم نمایان است.

ساک حاوی یک امبریو با ضربان قلب طبیعی است.

GA (سن تقریبی حاملگی) بر اساس CRL = 7 MM برابر 6W 4D می باشد.

میزان مایع ساک و اکوی اطراف آن در حد طبیعی است.

توده پاتولوژیک در میومتر و آدنکسیا مشهود نمیباشد.

با احترام

پروا شانی
رادیولوژی و سونوگرافی

«دکتر»

دیپلوماتیک سونوگرافی رادیولوژیست

نظام پزشکی

دکتری طب عمومی و تخصص از دانشگاه قی تهران

تاریخ: ۱۳۸۸/۱۱/۲۹

نام بیمار

نوع آزمایش

سن: ۳۷

تلفن:

پیشین ویرانه نامه تخصصی فرادرمانی

بیمار خانم ۲۴ ساله، متأهل و ساکن تهران بوده که بعلت اختلالات هورمونی دچار مشکل نازایی پس از ازدواج گردیده است. بیمار در سن ۱۵ سالگی تمرینات ورزشی زیادی انجام می داده که پس از قطع این تمرینات دچار چاقی و ریزش شدید موی سر (ناحیه آندروژنیک) و افزایش موهای زائد بدن شده است. پس از مراجعه به پزشک و بررسی های آزمایشگاهی در تاریخ ۸۲/۱۰/۲۸ متوجه افزایش هورمون تستوسترون و $DHEA-SO_4$ گردیده است (ضمیمه ۱). بیمار تحت درمان دارویی با اسپیرنولاکتون دو بار در روز و فیناستراید $5mg$ روزی یک عدد قرار گرفته و کمی لاغرتر شده اما مشکلات دیگرش بیشتر شده، بگونه ای که صدای وی دورگه گردیده و ریزش شدید مو پیدا کرده است. پس از مشورت با متخصص غدد، جهت ایشان آزمایشات دیگری در تاریخ ۸۵/۱۱/۳۰ انجام شده و مطابق آنها همچنان اختلالات FH و FSH و تستوسترون و DHEA بچشم می خورد (ضمیمه ۲). مصرف داروهای بیمار طبق روال سابق ادامه داشته و تنها فیناستراید به دوز $1mg$ و دو بار در روز کاهش یافته است، با اینحال به بیمار توصیه شده تا زمان قطعی ازدواج ننماید زیرا که وی توانایی بارداری را ندارد. لیکن علیرغم وجود شرایط فوق بیمار در سن ۲۱ سالگی ازدواج نموده و مشکلات ایشان کماکان بصورت سابق، اما کنترل شده تر ادامه پیدا می کند (ضمیمه ۳)؛ بطوریکه پزشکان معالج به علت تداوم مشکلات هورمونی، بارداری را به هیچ وجه محتمل نمی دانند. بیمار پس از ناامیدی از درمانهای پزشکی، در تابستان سال ۱۳۸۷ از طریق مادر خود با "فرادرمانی" آشنا شده و همزمان با شرکت در کلاسهای مربوطه تحت درمان قرار می گیرد. مطابق آزمایشات انجام شده در تاریخ ۸۷/۱۰/۹، مشکلات هورمونی بیمار تقریباً رفع شده (ضمیمه ۴) و در سونوگرافی بعمل آمده نیز غیر از نازک بودن ضخامت اندومتر، مشکلی دیده نمی شود (ضمیمه ۵). بر این اساس داروها قطع شده اما تحت کنترل بوده است. با اینحال بیمار همچنان درمان خود را از طریق "فرادرمانی" ادامه می داده تا اینکه در مهرماه سال ۱۳۸۸ متوجه بارداری خود شده (ضمیمه ۶) و هم اکنون در هشتمین ماه بارداری بسر می برد و مادر و جنین از همه نظر در سلامت کامل می باشند.

بحث

در سندرم تخمدان پلی کیستیک که تخمدان حاوی چندین فولیکول نارس و فولیکولهای آتروفی شده می باشد، معمولاً الیگومنوره یا آمنوره رخ می دهد که ممکن است با هیرسوتیسم، آکنه، نازایی چاقی همراه باشد. علت PCO کاملاً مشخص نشده است، اما حداقل تغییرات دو هورمون در آن دخیل هستند، اولاً افزایش تستوسترون سرم، ثانیاً افزایش سطح LH.

درمان بسته به علائم بیماران متفاوت است. هیرسوتیسم باعث توجه زنان به درمان می شود. در اغلب موارد، زن با شکایت از نازایی به دکتر مراجعه می کند که معمولاً به علت عدم تخمک گذاری می باشد. اگر این مشکل دیده شود، درمان مشابه درمان نازایی در اختلال عملکرد هیپوفیز-هیپوتالاموس است و اگر درمان طبی با شکست مواجه شود بعضی از متخصصان زنان به درمان با استفاده از دیاترمی لاپاراسکوپی برای القای تخمک گذاری اقدام می کنند که میزان موفقیت درمان حدوداً ۲۰٪ می باشد.

نتیجه گیری

امروزه همچنان نازایی به عنوان یک بیماری، در اجتماع شناخته می شود و بنابراین جنبه روانی نازایی قابل ملاحظه است، به ویژه برای زنانی که بیش از شوهرانشان تحت بررسی قرار می گیرند. از آنجا که مشکلات بیمار فوق با درمانهای دارویی کنترل نشده و علاوه برآن، بیمار هیچ درمان دیگری برای این اختلالات دریافت نکرده است، درمان ایشان با "فرا درمانی" موید موثر بودن این روش درمانی بدون عارضه و ساده در امر نازایی می باشد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نحوه درمان خود بسیار راضی و خشنود می باشد.

مستندات

گزارشات و اصل مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرا درمانگر

کمیتة پزشکی فرا درمانی

منابع

- ۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی - انتشارات گلبان، ۱۳۸۴
- ۲- مبانی بیماریهای زنان و مامایی - درک لیولین جونز - انتشارات سخن گستر، ۱۳۸۳
- ۳- انسان از منظری دیگر - محمدعلی طاهری - انتشارات بیژن، ۱۳۸۷

CLINICAL LABORATORIES			
Patient	Sex / Age	Doctor	Date
Lab. No. D.Y-8V	F.17		۸۲.۱۰.۲۸
POLYPEPTIDE HORMONES IN SERUM (RIA)			
Test	Result	Units	Reference Values
FSH	14	mIU/mL	Females: Follicular 2-10 - Midcycle Peak 6-18 - Postmenopausal Up to 100 Males : 2-9
LH	11	mIU/mL	Females: Follicular 2-18 - Midcycle Peak 20-70 - Postmenopausal Up to 100 Males : 2-15
STEROID HORMONES IN SERUM (RIA)			
Estradiol	217	pmol/L	(F): Follicular phase: 110-440 - Before ovulation: 550-1300 - Luteal phase : 370-770 - Postmenopausal : 35-130 (M): 35-130
Testosterone	4.0	nmol/L	Females: 0.2-3.8 Males : 10.5-49.0
THFA-SQ4 **	500 see note 2	ug/100 ml	Females: 35-430 Males : 80-560
NOTE : Pregnancy and oral contraceptive induce a moderate decrease.			
Signature			

ضمیمه ۱

PATHOBIOLOGY LAB. CENTER

نام: خاتم

Lab.No : CS-9621

Age: 21

Received: 86/10/25

File No: 257606

Blood Biochemistry

Test	Result	Units	Reference Range
Glucose (Fasting)	92	mg/dl	Adult : 70-110 Child : 60-100 Neonate/Newborn : 40-80
Sodium	139	Meq/L	135-148
Potassium	4.5	Meq/L	3.5-5.3 Up to 3 months 4.0-6.2 Up to 1 year 3.7-5.6

PATHOBIOLOGY LAB. CENTER

نام: خاتم

Lab.No : JJ-367

Age: 21

Received: 85/11/30

File No: 25867

Endocrinology

Test	Result	Units	Reference Range
Testosterone (RIA)	0.6	ng/ml spe	Female : 0.1- 0.8 Male : 2.3- 9.9 Pregnancy : 3-4x adult level Child <9Y : See note
DHEA Sulfate (RIA)	2932	ng/ml tit	Female : Adult : 397-3943 Menopausal : 357-2015 Male : Adult : 917-5122 12-17Y. : 200-5450 <12Y. : " SEE NOTE"

ضمیمه ۲

Dr.

Sonographer & Radiologist
Reg # 43709

دکتر

متخصص سونوگرافی و رادیولوژی
نظام پزشکی

سونوگرافی و رادیولوژی



Sonography & Radiology

تاریخ: ۱۳۸۵/۴/۱۳ شماره: ۸۵۰۴۱۳۰۳ سن بیمار: ۲۱

نام خانم

همکار گرامی،

در سونوگرافی بعمل آمده:

رحم با ابعاد 28×82 میلیمتر و با حدود صاف و منظم با اکوپترن میومتریال طبیعی بدون ضایعه ی فوکال، مشاهده شد.

ضخامت آندومتر با نمای فاز ترشخی حدود $9/4$ میلیمتر می باشد. مایع آزاد و یا ضایعه در کاویته ی آندومتریال مشاهده نمیشود.

تخمدان راست با ابعاد 18×35 میلیمتر و تخمدان چپ با ابعاد 19×36 میلیمتر فاقد ضایعه cystic و solid مشاهده گردید.

ضایعه ای در آدنکسها مشهود نیست. مایع آزاد ر کلدوساک خلفی دیده نشد. تصویری بنفع فولیکول در تخمدانها مشاهده نمی شود که با توجه به شرح حال بیمار می تواند دلالت بر

PCOD یا هیپوتیروئیدی داشته باشد. لذا تطابق با علائم بالینی و تستهای آزمایشگاهی توصیه می شود.

دکتر

تلفن: ۷۷۸۷۸۳۲۸

بزرگراه رسالت، روبروی دانشکده مترو، نبش خیابان شهید احمدیان، شماره ۳۲۵ ضمیمه ۳

PATHOBIOLOGY LAB. CENTER

نام: ختم

Lab.No : CS-9621

Age: 21

Received: 86/10/25

File No: 257606

Endocrinology

Test	Result	Units	Reference Range
T4	9.3	ug/dl	Adult : 4.5-13 Newborn : 11.5-24 Neonate : 9.0-18 Infant : 7.8-16.5 1-5 Years : 7.3-15 5-10 Years : 6.4-13.3
T3 Uptake	26	%	25-35
Free Thyroxine Index	2.42	Calculated	Neonate : 2.25-6.3 Infant : 1.95-5.77 1-5 Years : 1.8-5.25 5-10 Years : 1.6-4.65
TSH (EIA)	3.9	mIU/l	Adult : 1.12-4.55 1-6 Days : 2.5-18 1-20 Weeks : 1.7-9.1 5M.-15Y : 0.7-6.4 Adult : 0.17-4.2 >50 Years : 0.17-8.9
Testosterone (RIA)	0.4	ng/ml	Females : 0.1 - 0.8 Males : 3.0 - 10 Pregnancy : 3-4x adult level Child <9Y : See note
DHEA Sulfate (RIA)	2348	ng/ml tit	Female : Adult : 397-3943 Menopausal : 357-2015 Male : Adult : 917-5122 12-17Y : 200-5450 <12Y : " See note"

ضمیمه ۳

PATHOBIOLOGY LAB. CENTER

نام: ختم

Lab.No : CS-9888

Age: 23

Received: 87/10/09

File No: 25867

Endocrinology

Test	Result	Units	Reference Range
TSH (EIA)	2.4	mIU/l	Adult : 0.27- 4.2 >50 Years : 0.17- 8.9 1-6 Days : 1.0- 39 1-20Weeks : 1.7- 9.1 5M.-7Years : 0.7 - 6.4 7Y-12Years : 0.28 - 4.3
FSH (EIA)	3.0	mIU/ml	Female: Pre& post ovulatory : 1.0-10 Ovulatory peak : 6.0-17 Menopausal : >20 Males : 1.4-15.4 Child (girl) 1Y-10Y : 0.7-6.7 Child (boy) 1Y-10Y : 0.3-4.6
LH (EIA)	1.5	mIU/ml	Female: Follicular phase : 1.7-15 Ovulatory peak : 22-57 Luteal Phase : 0.6-16.3 Menopausal : >12 Males : 1.2-7.8 Child (girl) 1Y-10Y : 0.03-3.9 Child (boy) 1Y-10Y : 0.04-3.6
Prolactin (EIA)	11.4	ng/ml	Female : 2.8-29 Menopausal : 2.1-17.7 Male : 1.8-20
17 OH Progesterone (RIA)	1.6	ng/ml imm	Female : Follicular phase : 0.15-1.1 Luteal phase : 0.7-3.1 Menopause : 0.08-1.3 Males : 0.5-2.4 Children : 0.07-1.7 Newborn : 0.07-0.77

ضمیمه ۴

Sonographer & Radiologist
Reg # 43709

متخصص سونوگرافی و رادیولوژی
تخصص پزشکی

سونوگرافی و رادیولوژی



Sonography & Radiology

نام خانم: تاریخ: ۱۳۸۷/۱۰/۱۵ شماره: ۸۷۱۰۱۵۰۳ سن بیمار: ۲۲

همکار گرامی،

در سونوگرافی بعمل آمده:

رحم با ابعاد ۳۱ × ۷۶ میلیمتر و با حدود صاف و منظم با اکویترن میومتریال طبیعی بدون ضایعه ی فوکل، مشاهده شد. ضخامت آندومتر نازک (نامناسب با سیکل) می باشد. مایع آزاد و یا ضایعه در کاوتیه ی آندومتریال مشاهده نمیشود. تخمدان راست با ابعاد ۱۲ × ۳۷ میلیمتر و تخمدان چپ با ابعاد ۱۴ × ۳۷ میلیمتر فاقد ضایعه cystic و solid مشاهده گردید. جهت بررسی فویکسیون تخمدانها در صورت صلاحدید تکرار سونوگرافی حول و حوش Midcycle در (روز یازدهم یا دوازدهم) توصیه میشود. مایع آزاد در کلدوساک خلفی دیده نشد.

ضمیمه ۵

Clinic Pathobiology Laboratory

آزمایشگاه پاتوبیولوژی

شماره پذیرش: ۷-۴۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۷/۲۸ پزشک: معالج
نام مراجع: خانم سن: ۲۳ سال

Immunoassays-Pregnancy Evaluation

Test	Result	Unit	Reference Values
Beta HCG	>250	μIU/ml	<10 Non Pregnant

ضمیمه ۶

Lab director 



بیمار خانم ۳۳ ساله، متاهل، ساکن تهران می باشد. بیمار در سال ۱۳۷۹ ازدواج کرده و بعلت رابطه فامیلی با همسر، آزمایشات ژنتیکی داده که همه منفی بوده اند. پس از ۲ سال بیمار قصد باردار شدن داشته که در سال اول دو بار دچار سقط خودبخودی شده که علت مشخصی برای آن تشخیص داده نمی شود. پس از آن بیمار تصمیم به انجام بررسیهای بیشتر و درمانهای پزشکی می گیرد. در سونوگرافی صورت پذیرفته در ناحیه اندومتر، فیبروم گزارش می شود (دارای سابقه فامیلی مثبت در خواهر بیمار). در آزمایشات خون، سطح سرمی پرولاکتین بالا بوده و سطوح T₃ و T₄ بیشتر از حد مجاز گزارش می شود. همچنین بیمار سابقه پرولاپس دریچه میترال نیز داشته است (متاسفانه سابقه و مدارک پزشکی بیمار در دسترس نبود).

در همین زمان همسر بیمار که تا قبل از این مشکلی نداشته، پس از بررسیهای مجدد با تشخیص الیگواسپرمی (کمتر از ۲۰ میلیون اسپرم در کل نمونه) تحت درمان دارویی قرار می گیرد. ظاهراً مشکل ناباروری تا سال ۱۳۸۵ ادامه داشته و بیمار در اوج مشکلات خود بوده که در همین زمان با کلاس های "فرا درمانی" آشنا می شود. ارتباطات "فرا درمانی" روی بیمار و همسرش اثرات بسیار مثبتی می گذارد بطوریکه تا مهرماه سال ۱۳۸۶ تمام مشکلات هورموناتل بیمار از جمله هیپوتیروئیدی و هیپرپرولاکتینمی ایشان حل شده و در بررسی همسر بیمار نیز تعداد، حرکت و فعالیت اسپرم ها نرمال گزارش می شود. در بررسی های مرکز تخصصی نازایی در آبان ماه سال ۱۳۸۶ پس از لاپاروسکوپی تشخیصی برای بیمار IVF بعنوان درمان اصلی پیشنهاد می گردد و علت ناباروری، نامشخص و بدون توجه عنوان می شود.

بیمار در این مدت فقط از ارتباطات "فرا درمانی" بهره می گیرد، تا اینکه احساس می کند باردار است. (به گفته خود بیمار) و پس از انجام آزمایش، خوشبختانه بعد از ۸ سال، نتیجه مثبت گزارش می شود. هم اکنون نوزاد بیمار سالم بوده و نام او "رایا" (به معنی لطف و عنایت) می باشد که به قول بیمار شاهدهی است بر لطف و عنایت خداوند متعال.

بحث

درمان زوجهای بیمار با نازایی توجه نشده مبهم می باشد. بدون درمان، تنها با دادن اطمینان به زوجین گاهی اوقات در طی ۳ سال احتمال ۲۰٪ حاملگی وجود دارد، اما اگر زوجین مسن بوده (بالای ۳۰ سال) ممکن است عمل IVF یا GIFT بلافاصله پس از تشخیص انجام شود. البته این روشها به عنوان آخرین راهکار شناخته شده که ضمناً گران و دردناک هم می باشد، در صورت عدم موفقیت می تواند آثار روانی مخرب و جبران ناپذیری را ایجاد نماید.

از آنجا که این بیمار علاوه بر نازایی، مشکلات عدیده ای دیگری هم داشته که بدون دخالت دارویی در طول یک سال بر طرف شده و بیمار، بغیر از "فرا درمانی" روش دیگری را جهت درمان بکار نگرفته، می توان ادعا نمود که "فرا درمانی" باز هم به عنوان روشی جدید و موثر در درمان بسیاری از بیماریها، از جمله نازایی، توانسته نقش مهمی را ایفا نماید.

نتیجه گیری

گرچه بعضی از نتایج درمانی حاصل از "فرا درمانی" در این بیمار می تواند با درمانهای دیگری از جمله IVF، میکرواینجکشن و غیره محتمل باشد؛ اما "فرا درمانی" بر خلاف درمانهای رایج که پرعارضه هستند، هیچگونه عارضه ای نداشته و می تواند ظرف مدت نسبتاً کوتاهی (حدود یکسال در این بیمار) نتایج درمانی دور از انتظاری را باعث گردد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کمال رضایت را دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار کاملاً از نتایج درمان خود راضی بوده و وقت زیادی را صرف آشنایی سایر بیماران با این روش می نماید.

مستندات

آزمایشات و تصاویر بیمار در دفتر مجله موجود میباشد.

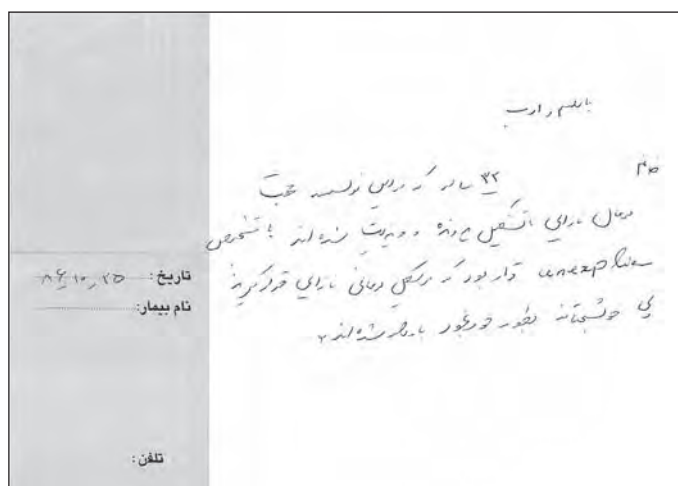
فرا درمانگر

کمیته پزشکی فرا درمانی

منابع

۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی- انتشارات گلبان، ۱۳۸۴

۲- انسان از منظری دیگر- محمدعلی طاهری- انتشارات بیژن، ۱۳۸۷



Hi

This is me , on the picture

My mama is & My papa is

I am their precious gift from God & they gave me

name It means; God's dearest in a very special way

and also royal blue sky I hope God will help me to become
the person , who deserves his love & attention. And that he will
allways be there to take care of me & especially my parents.

My birthday was 5 minutes to midnight (11:55 pm) on the 26th of
August 2008.

I was born at the hospital in Tehran - Iran



سلام

اینگ عکس منه

من دختر مامان و بابا هستم

مامان و بابا میگویند که من هستم ، اسم منو گذاشتن

یعنی آسمان و کسی که خدا به او لطف و عنایت داره

من سه شنبه ۵ شهریور ۱۳۸۸ که میشه ۲۶ آگوست ۲۰۰۸ و ۲۴ شعبان ۱۴۲۹

ساعت ۵ دقیقه به ۱۲ شب با وزن ۳ کیلو و نیمم در بیمارستان

پا به این دنیا گذاشتم .



بیمار خانمی ۳۸ ساله (پزشک) که بعلت نازایی با تشخیص نارسایی زودرس تخمدان و نقص فاز لوتیال به مدت ۴ سال تحت درمان مراکز ناباروری قرار گرفته و جراحی هایی در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ انجام داده، که متاسفانه هر دو بار ناموفق بوده است. بیمار در تاریخ ۱۳۸۶/۸/۲۱ لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی انجام داده که نتیجه آن ضمیمه است (ضمیمه ۱). در شرح عمل، فعالیت تخمدان درجه دو ذکر شده و گزارشی دال بر اندومتریوز و کیست تخمدان فولیکولار نیز بوده است. پس از آن در تاریخ ۸۶/۹/۱۱ کورتاژ اندومتر برای وی انجام شده که باز به تشخیص کیست های دو طرفه تخمدان و پولیپ اندومتریوم رسیده اند (ضمیمه ۲). درمشاوره پزشکی با مراکز ناباروری، برای بیمار، عمل میکرواینجکشن (لقاح اسپرم با تخمک و انتقال آن به رحم، بعد از دو روز از رشد سلول تخم) با شانس بارداری تنها ۲۰٪ انجام می شود که متاسفانه با شکست مواجه می گردد. پس از مدتی، برای بار دوم همین عمل تکرار شده و متاسفانه مجدداً نتیجه منفی بوده است. در سال ۱۳۸۷ پس از یکسری آزمایشات مشابه بخاطر سطح هورمونی بالا و تشخیص نارسایی زودرس تخمدان همراه با هورمون تراپی با شانس ۱۰٪، عمل ZIFT (تزریق اسپرم به تخمک) برای ایشان انجام می شود که متاسفانه این بار نیز نتیجه منفی گزارش میشود. بدنبال آن بیماردر شرایط بسیار بد روحی قرار گرفته، و به خاطر صرف هزینه های بالا و مصرف داروهای گران قیمت و اینکه احتمال باروری فقط ده درصد و یا کمتر، اعلام می گردد، از هرگونه درمان پزشکی کلاسیک ناامید می شود. بدنبال آشنایی بیمار با "فرا درمانی"، این روش را جهت تجربه و درمان خود بصورت پراکنده پیگیری می نماید. اما تجربه های موفق "فرا درمانی" در زمینه های مختلف درمانی و بررسی دقیق تر توسط بیمار که خود پزشک بوده باعث می شود موضوع را مشتاقانه تر دنبال نماید و در طی انجام "فرا درمانی" که هر شب و حتی روزی ۲-۳ بار بوده، پس از حدود ۲ ماه بدون هیچ گونه مداخله دارویی باردار شده و پس از طی دوران بارداری و زایمان، هم اکنون بیمار دارای فرزند پسر سالم می باشد.

بحث

بیمار معرفی شده با تشخیص نارسایی تخمدان به دلیل پلی کیستیک بودن تخمدان تحت درمان قرار گرفته است. همان طور که اطلاع دارید در سندرم تخمدان پلی کیستیک که تخمدان حاوی یک یا چند فولیکول نارس و فولیکول های آتروفی شده برخلاف نام آن می باشد، بهترین بررسی، اندازه گیری سطوح هورمونی LH FSH است. یک سطح هورمونی بیشتر از نرمال که با تکرار اندازه گیری ها اثبات شده است، بیانگر نارسایی اولیه تخمدانی می باشد. اولین قدم درمانی در این بیماران اگر با شکایت از نازایی به پزشک مراجعه کنند، داروی کلومیفن بعنوان یک آنتی استروژن است و اگر عدم تخمک گذاری حتی با مصرف آن ادامه یابد، بیمار به متخصص نازایی برای جراحی ارجاع داده می شود. در این بیمار درمان های فوق انجام گردیده اما بدون نتیجه بوده، و همچنان مشکل پلی کیستیک بودن تخمدان و نارسایی آن وجود داشته است؛ ولی تنها پس از پیگیری "فرا درمانی" بمدت ۲ ماه، بدون دارو نه تنها بیمار باردار شده بلکه بسیاری از مشکلات وی نیز برطرف گردیده است.

نتیجه گیری

با اینکه در کتب طب کلاسیک نتایج درمانی برای اینگونه بیماران ۲۰٪ گزارش شده، اما نمی توان به آن اکتفا کرده و از آنجا که در این بیماران احتمال حذف فولیکول های تخمدانی و یائسگی زودرس قبل از ۴۰ سالگی وجود دارد، باید

چاره ای اندیشید. درمان این بیمار با روش "فرادرمانی"، مؤید این نکته است که این روش درمان میتواند بدون هیچ عارضه و به سادگی منجر به درمان شده، و از آنجا که تا به حال بارداری خود به خودی با وجود پلی کیستیک بودن تخمدان گزارش نشده، و بیمار هیچ درمان دیگری برای این اختلالات دریافت نکرده میتوان این درمان را کاملاً به "فرادرمانی" نسبت داد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از سیر درمان خود بسیار راضی بوده و تمایل به مشارکت با دیگر همکاران، در قالب کمیته پزشکی "فرادرمانی" را دارد.

مستندات

گزارش و اصل مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگر

کمیته پزشکی فرادرمانی

منابع

۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ - قاضی جهانی- انتشارات گلبان، ۱۳۸۴

۲- مبانی بیماریهای زنان و مامایی- درک لیولین جونز- انتشارات سخن گستر، ۱۳۸۳

۳- انسان از منظری دیگر- محمدعلی طاهری- انتشارات بیژن، ۱۳۸۷

Lab.No : CI-1695		Received: 87/05/23		File No: 327181	
Endocrinology					
<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Units</u>	<u>Reference Range</u>		
T3	1.2	ng/ml	Adult : 0.8-2.3 >50 Years : 0.4-1.8 Newborn : 0.75-2.6 1-5 Years : 1.0-2.6 5 - 10 Years : 0.9 - 2.4		
T4	6.1	ug/dl	Adult : 4.5-12 Newborn : 11.5-24 Neonate : 9.0-18 Infant : 7.8-16.5 1-5 Years : 7.3-15 5-10 Years : 6.4-13.3		
TSH (EIA)	2.6	mIU/L	Adult : 0.17-4.2 >50 Years : 0.17 - 8.9 1-4 Days : 2.5-18 1-20 Weeks : 1.7- 9.1 5M-15 Years : 0.7-6.4		
Anti-TPO (EIA)	5.9 @	u/ml imm	Up to 20		
FSH (EIA)	17.9 *	mIU/ml	Female: Pre & post ovulatory : 1.0-10 Ovulatory peak : 6.0-17 Menopausal : >20 Males : 1.4-15.4 Child (girl) 1Y-10Y : 0.7-6.7 Child (boy) 1Y-10Y : 0.3-4.6		
LH (EIA)	4.2 *	mIU/ml	Female: Follicular phase : 1.7-15 Ovulatory peak : 22-57 Luteal Phase : 0.6-16.3 Menopausal : >12 Males : 1.2-7.8 Child (girl) 1Y-10Y : 0.03-3.9 Child (boy) 1Y-10Y : 0.04-3.6		
Prolactin (EIA)	10	ng/ml	Female : 2.8-29 Menopausal : 2.1-17.7 Male : 1.8-20		
17 OH Progesterone (EIA)	0.5	ng/ml imm	Female: Follicular phase : 0.15-1.1 Luteal phase : 0.7-3.1 Menopause : 0.08-1.3 Males : 0.5-2.4 Children : 0.07-1.7 Newborn : 0.07-0.77		
Note : * Checked @ Antibodies against thyroid peroxidase					

شماره پیغام: ۳۳۰۹/۱۱	
نام بیمار: -	نام خانوادگی: -
تاریخ: -	تاریخ: -
Cytopathology (+)	
Macroscopic examination:-----	
1 Labeled as "Endometrial curettage" : consist of fragment of brownish, Soft tissue, T.M...3.3x3.2cm	
2 Labeled as "Ovarian cyst" : consist of a piece of creamy, soft tissue T.M...1.3x1cm	
3 Labeled as "Ovarian cyst" : consist of 2 pieces of creamy, soft tissue T.M...2x0.6cm	
4 Labeled as "Polyp" : consist of fragments of brownish grayish, soft tissue, 1.3x1cm	
Microscopy examination:-----	
1 Sections of endometrial tissue shows similarly shaped tortuous glands (or coiled) distributed throughout the stroma. The glands lined by pseudostratified, mitotically active, elongated epithelial cells with dense chromatin. The stroma is moderately dense and stromal cells have mitotically active nuclei. Most of the vessels are in conspicuous and capillary like. No Malignant calls are seen.	
2 Sections shows cystic thick wall lesion composed of granulosa and theca cells with some luteinization in both layers. There is no evidence of malignancy.	
3 Sections shows cystic lesion composed of irregular thin wall cyst lined by tubal columnar epithelium containing both ciliated and secretory cells, with some papillary projection into the lumen and covered by thin layer of smooth muscle.	
4 Section show solid fragments of endometrial tissue in proliferative phase. No evidence of malignancy.	
Diagnosis:-----	
1 ENDOMETRIAL CURETTAGE: LATE PROLIFERATIVE ENDOMETRIUM.	
2 OVARIAN CYSTECTOMY: FOLLICULAR CYST.	
3 OVARIAN CYSTECTOMY: PARA OVARIAN OR PARATUBAL CYST.	
4 POLYP: SUGGESTIVE OF ENDOMETRIAL POLYP	
ضمیمه ۲	

387763
1387/07/17

نام پزشک
شماره اشتراک
تاریخ پذیرش

نام و نام خانوادگی بیمار - ف - ر
شماره پذیرش
109426

Test	Result
FSH	5.4 mIU/mL

Reference (Based on Sex/Age)

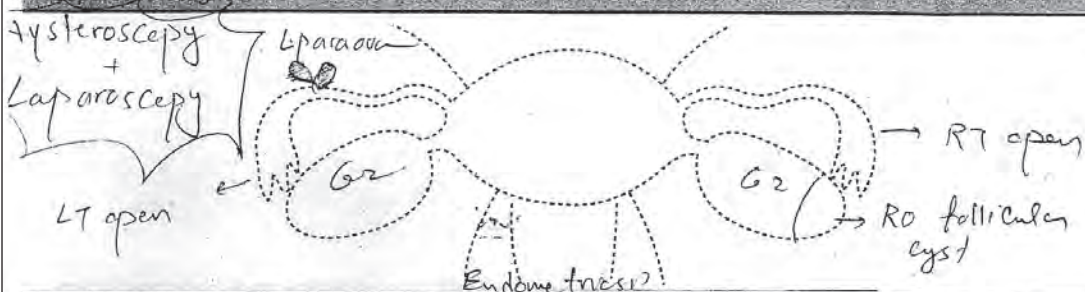
Female:
Foll.Phase :3.5-12.5
Periovulatory.Phase:5.0-22
Lut.Phase:2.0-8.0
Postmenopause:26-135
Male :1.0-12.4

Controlled by :

Name: _____ Date: _____

Surgeon: _____ Assistant: _____ f6 LMP 17, 1, 11 Cycle day

Preoperative Diagnosis:



Pelvic Exam:

Uterus: _____ Size _____ N _____ Shape _____ N _____ Color _____ N _____

Abnormalities:

Pathology:

Uterosacral Ligament: _____ Endometrios

Right Ovary: _____ Size G2 _____ Shape cystic _____ Color _____ Blood Vessels _____

Surface: _____ Smooth _____ Wrinkled _____ Tunic _____ Follicles _____

Luteal Tissue: _____ R.O follicle cyst

Abnormalities:

Utero Ovarian Ligament:

Left Ovary: _____ Size G2 _____ Shape N _____ Color _____ Blood Vessels _____

Surface: _____ Smooth _____ Wrinkled _____ Tunic _____ Follicles _____

Luteal Tissue:

Abnormalities:

Utero Ovarian Ligament:

Right Tube: _____ Length _____ N _____ Color _____ N _____ Surface _____ N _____

Fimbria: _____ Patency _____ P _____ Movement _____ P _____ Peristalsis _____ P _____

Left Tube: _____ Length _____ N _____ Color _____ N _____ Surface _____ N _____

Fimbria: _____ Patency _____ P _____ Movement _____ P _____ Peristalsis _____ P _____

Morbidity: _____ Endometrios + R.O Cyst + L. paracyst

Therapy: _____ Cyst by laparoscopic approach

Response: _____ dys test + both sides

Pathology: _____ D.O. + R.O cyst + L. paracyst



من دکتر شوزا قاضی زاده هستم، متخصص بیماری های زنان. سال گذشته، خانمی که دچار نازایی و "آوندومتریوز" بود به مطب من مراجعه کرد. هر جایی که امکان داشت مراجعه کرده بود و از بارداری مایوس شده بود. ایشان را برای سونوگرافی نزد خانم دکتر صفوی که رادیولوژیست هستند، فرستادم. پس از مدتی با کمال تعجب متوجه شدم ایشان باردار شده اند. چون از نظر پزشکی کار دیگری برای این خانم قابل انجام نبود؛ پرسیدم چه اتفاقی افتاده؟ گفت: خانم دکتر صفوی با فرادرمانی مشکل مرا حل کرد. من در آن زمان به دلیل مشکل عاطفی، دچار بهم ریختگی بودم و می توانم بگویم چندین ماه بود نخواستیدم. آن خانم که خودش فرادرمانگر شده بود، پیشنهاد کرد من هم تجربه کنم. بار اول آن را شوخی گرفتم. چون برایم خنده دار بود با بستن چشم مشکلاتم حل شود. بار دوم حالم خیلی بد بود و دیگر به شوخی جدی فرادرمانی فکر نمی کردم. باز به پیشنهاد ایشان در ارتباط نشستیم و تحولی را حس کردم. از همان شب وضعیت خواب من به حالت طبیعی باز گشت.

مشکل دیگری که من داشتم، ناراحتی مفاصل زانوهایم بود. درد شدیدی داشتم و پزشکم که متخصص ارتوپدی است، گفته بود باید مفاصل زانو طی عمل جراحی عوض شود. تصمیم نهایی را برای عمل جراحی گرفته بودم. در همان روزها تصمیم داشتم به کلاس فرادرمانگری بروم و با یکی از مربیان صحبت کرده بودم، چون مشکل خوابم حل شده بود تصور می کردم فرادرمانی فقط بر این گونه مشکلات اثر دارد و بر بیماری مفصل زانوهایم اثری ندارد. یک روز بعد از ظهر نزد مربی فرادرمانی رفتم تا به ایشان خبر بدهم که فعلاً نمی توانم کلاس ها را شروع کنم و باید عمل جراحی انجام دهم. وقتی موضوع را گفتم ایشان از من خواست تا در ارتباط فرادرمانی بنشینم. چند روز قبل به حالت خیلی بدی زمین خورده بودم و پایم پیچیده بود و درد شدیدی داشتم که مدام با من بود. در همان ارتباط درد مفاصلم رفع شد و وقتی پس از چند نوبت ارتباط نزد متخصص ارتوپد رفتم، ایشان گفت زانوهای شما سالم است و نیازی به عمل ندارد. آن موقع خود من هم فرادرمانگر بودم. دیدم ایشان در راه رفتن مشکل دارد. معلوم شد خود ایشان هم زمین خورده بود و درد شدیدی در زانو دارد. وقتی فرادرمانی را برایش توضیح دادم پذیرفت تا تجربه کند. در مراجعه بعدی ایشان گفت: شوخی شوخی زانوی من هم خوب شد!

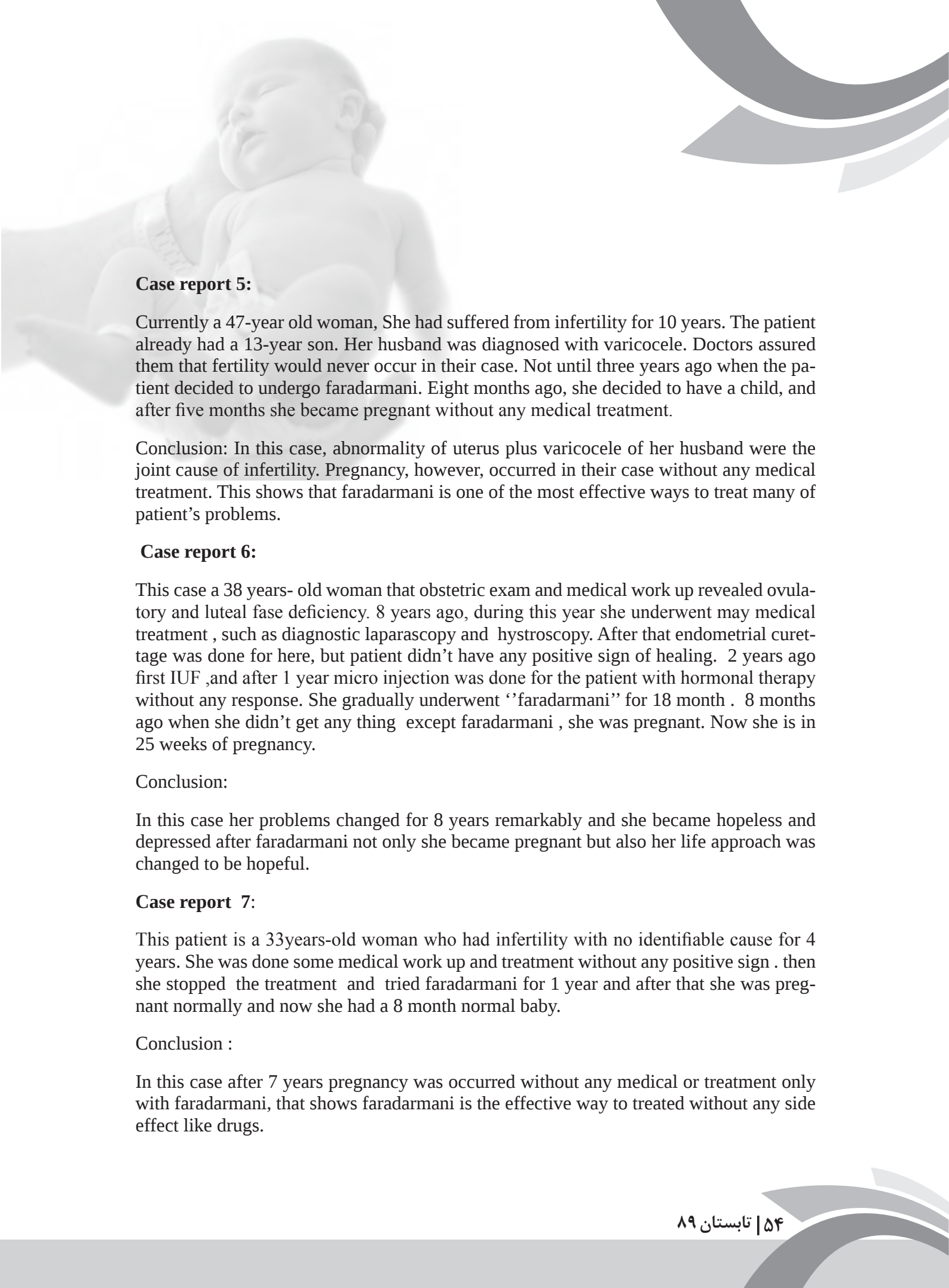
مشکل دیگر من بیماری قلبی بود که چندین روز در سی سی یو بستری بودم و آنژیو شده بودم. با نبض ۴۸ و فشار خون ۷، پزشکان نمی دانستند چه دارویی تجویز کنند تا به قلب آسیبی نرسد. یک روز که حالم خیلی بد بود با مربی فرادرمانی ام تماس گرفتم و گفتم دیگر نمی توانم حتی رانندگی کنم. از من خواست در همان شرایط پارک کنم و ارتباط فرادرمانی بگیرم. پنج دقیقه در ارتباط بودم و حالم خوب شد. وقتی به مطب رسیدم کمی حالم دگرگون بود. از منشی ام



که ایشان هم فرادرمانگر هستند خواستم به من ارتباط بدهند. پس از آن مشکل قلبی من هم رفع شد. ممکن است برای کسانی که با این خاطرات روبرو می شوند، سخت باشد که این همه اتفاق را که در عرض چند هفته رخ داد باور کنند. بدون شک باید باور آن برای من سخت تر باشد. همسر من می گوید کلاس پزشکی خودت را با این کار ها خراب نکن! اما من تصور می کنم وظیفه اصلی یک پزشک، بهبود حال بیمارانش است. اگر با تخصص پزشکی که انرژی زیادی صرف آن کرده، نمی تواند بیمار را درمان کند، باید هر کاری از دستش برمی آید انجام دهد. فرادرمانی نه مداخله ای در کاردرمان پزشکی دارد و نه بیمار را مجبور به کاری می کند. باور این موضوع دشوار است که بیمار لاعلاج با بستن چشم، شفا پیدا کند؛ اما کسی که نمی تواند باور کند در واقع به قدرت الهی شک دارد. کما اینکه برخی پزشکان بهبود بیماران با فرادرمانی را به عینه می بینند، اما انکار می کنند.

واقعیت این است که موضوع فرادرمانی را برای هر کسی نمی توان توضیح داد. به همین خاطر من تمامی بیمارانم را بدون آن که بگویم این طب مکمل چه نام دارد، در ارتباط فرادرمانی قرار می دهم. در مراجعه بعدی بررسی می کنم آیا جدا از تاثیر دارو، بهبود بیشتری داشته است یا نه. طی یک سالی که این کار را انجام می دهم حدود ۸۰٪ از بیماران بهبود داشته اند. این آمار اعجاب انگیزی است. عده قابل توجهی از این بیماران موقعیتی دارند که می توانم برایشان توضیح دهم که دارو در بهبودشان اثری نداشته و ارتباط فرادرمانی موجب شفای ایشان شده است.

طبیعتا به دلیل نوع تخصص پزشکی ام، عمده بیمارانی که شاهد هستم با فرادرمانی بهبود می یابند، خانم های ناباروری هستند که از پزشکی رایج نتیجه ای نگرفته اند. اگر بخواهید در مورد بیمارانی که با مشکل نازایی مراجعه کرده و با فرادرمانی باردار شده اند بگویم، باید پرونده آنها را بیاورم. تاجایی که در ذهن دارم بیش از سی نفر از کسانی که دچار نازایی بودند طی چند ماه گذشته با فرادرمانی باردار شدند. حدود پنج یا شش نفرشان از نظر پزشکی هرگز نمی توانستند بچه دار شوند. بقیه هم هرگز نمی توانستند به طور طبیعی باردار شوند؛ اما همگی آنان اکنون به لطف خدا با فرادرمانی از لذت بچه داشتن بهره مند هستند. من برای تک تک شان توضیح داده ام که پزشکی کاری برایشان انجام نداده است و با ارتباط فرادرمانی باردار شده اند. اما می دانید، برخی از افراد برایشان مهم نیست چه اتفاقی افتاده است. فقط حل مشکلشان اهمیت دارد. اما من به عنوان پزشک میدانم که در واقع چه کاری برای این بیماران انجام شده است. به امید روزی که مانع بزرگ ناآگاهی برطرف شود و همه از این رحمت الهی بهره مند شوند.



Case report 5:

Currently a 47-year old woman, She had suffered from infertility for 10 years. The patient already had a 13-year son. Her husband was diagnosed with varicocele. Doctors assured them that fertility would never occur in their case. Not until three years ago when the patient decided to undergo faradarmani. Eight months ago, she decided to have a child, and after five months she became pregnant without any medical treatment.

Conclusion: In this case, abnormality of uterus plus varicocele of her husband were the joint cause of infertility. Pregnancy, however, occurred in their case without any medical treatment. This shows that faradarmani is one of the most effective ways to treat many of patient's problems.

Case report 6:

This case a 38 years- old woman that obstetric exam and medical work up revealed ovulatory and luteal fase deficiency. 8 years ago, during this year she underwent may medical treatment , such as diagnostic laparoscopy and hystroscopy. After that endometrial curettage was done for here, but patient didn't have any positive sign of healing. 2 years ago first IUF ,and after 1 year micro injection was done for the patient with hormonal therapy without any response. She gradually underwent "faradarmani" for 18 month . 8 months ago when she didn't get any thing except faradarmani , she was pregnant. Now she is in 25 weeks of pregnancy.

Conclusion:

In this case her problems changed for 8 years remarkably and she became hopeless and depressed after faradarmani not only she became pregnant but also her life approach was changed to be hopeful.

Case report 7:

This patient is a 33years-old woman who had infertility with no identifiable cause for 4 years. She was done some medical work up and treatment without any positive sign . then she stopped the treatment and tried faradarmani for 1 year and after that she was pregnant normally and now she had a 8 month normal baby.

Conclusion :

In this case after 7 years pregnancy was occurred without any medical or treatment only with faradarmani, that shows faradarmani is the effective way to treated without any side effect like drugs.

Case report 2:

At present a 37-year old woman, she married 20 years ago. She had two pregnancies before, one occurring 19 years ago and the other 13 years ago. She was a known case of psoriasis's for 25 years and was treated with corticosteroid throughout. Unfortunately, this medication caused her some complication. Three years after her second childbirth, she decided to be pregnant again. However, she failed to conceive for 10 years. Having undergone faradarmani since a year ago, the patient became symptom-free within seven months of treatment without any medication. She has been tested pregnant positive for five months by now.

Conclusion: In this case, the participant's problems remarkably changed for the better after one year of faradarmani. This clearly shows that faradarmani can be one effective way to treat pregnancy conditions without any undesirable side effects.

Case report 3:

This is a 24-year old woman who was suffering from infertility and who was diagnosed with pco and hyperandrogenism.

The patient had received numerous medical treatments from age 15 to 21. After marriage she received additional treatments for infertility, but she did not show any positive signs for improvement. She gradually underwent faradarmani for 2 years. After one year, all the infertility signs and symptoms disappeared and 6 months later she became pregnant.

Conclusion: Abnormalities in menstrual function constitute the most common cause of female infertility. In this case, the patient's problems were resolved within one year of faradarmani treatment and she conceived a baby after 6 months. This case additionally shows that faradarmani is a widespread therapy without any limitations or side effects.

Case report 4:

She is a 32-year old woman and a known case of infertility for 5 years. After being diagnosed with endometriosis and pco, she underwent conventional medical treatments for a period of two years without any remarkable positive results. The patient then decided to stop those ineffective treatments and volunteered for faradarmani. After just one year from taking up faradarmani, she became completely sign and symptoms free. One year later, she became pregnant.

Conclusion: Endometriosis is defined as the presence of endometrial glands or Struma outside the endometrial cavity and uterine musculature. In this case, pregnancy occurred once endometriosis was treated without any conventional medical intervention. This report shows that faradarmani was a successful method in the immediate dissolution of cyst and endometriosis without any adverse side effects.

INFERTILITY

Infertility is defined as one year of unprotected intercourse without conception. Although conceiving a child may seem to be simple and natural, the physiological process depends on the proper function of many factors, including the following. Many different factors and problems can cause infertility, including problems in the female reproductive system, the male reproductive system, or a combination of the two. The following are some of the conditions or factors that are associated with infertility:

- female factors
- ovulation dysfunction

With this condition, the woman's reproductive system does not produce the proper amounts of hormones necessary to develop, mature, and release a healthy egg.

Causes of Infertility in Females

There are three causes generally accounted for infertility in women:

- 1- Ovulatory dysfunction
- 2- Tubal disease
- 3- Endometriosis and male cause

Infertility is defined as the inability of the female partner to conceive after 12 months of unprotected sexual intercourse. Infertility ranges in severity from reduced conception rates (or the need for medical intervention) to irreversible conditions.

Infertility can be attributed primarily to male factors in 25% of cases, female factors in 58% of the cases, and is unexpected in about 17% of couples.

Case report 1:

At present a 30-year old woman, she had been identified as an infertility case for 6 years, diagnosed with poly cystic ovary and tubular dysfunction. Despite undergoing various medical treatments, such as surgery and medication, patient failed to become pregnant. However, after undergoing faradarmani for six months from a year ago the patient came out positive in the pregnancy test and has a six month-old baby now.

Conclusion: This case clearly shows that faradarmani as a widespread therapy can solve pregnancy complications without any adverse side effects.

منتشر شده از گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

