****

**مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس**

**آنچه در مورد سندرم تخمدان پلی کیستیک باید بدانید**

|  |
| --- |
| **گروه هدف:**   * این محتوا برای ارائه دهندگان خدمت سطح اول شامل پزشک عمومی/ ماما/ ماما مراقب جهت آموزش و آگاه سازی زنان متاهل سنین باروری (54-10 سال) و دختران مجرد (حداقل دو سال پس از شروع اولین قاعدگی) می باشد.   **اهداف:**   * آشنایی با علائم و نشانه های تخمدان پلی کیستیک * آشنایی با علل و عوامل تاثیرگذار بر بروز تخمدان پلی کیستیک * آشنایی با مداخلات و توصیه های پیشگیرانه * خودارزیابی با استفاده از پرسشنامه |

**این متن صرفاً جنبه افزایش آگاهی و آموزشی داشته و ارزیابی و مراقبت‌ها بایستی بر اساس دستورالعمل ماده 42 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و بسته های خدمتی اداره جوانی جمعیت صورت پذیرد.**

**این متن برای دختران مجرد و زنان متاهل تهیه شده است. موارد مشخص شده به صورت هایلایت زرد رنگ در آموزش دختران مجرد حذف شود.**

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

**Polycystic Ovary Syndrome))**

**مقدمه:**

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

سندرم تخمدان پلی کیستیک مانند همه سندرم ها،  شامل مجموعه‌ای از علائم است که ممکن است با هم یا به تنهایی مشاهده شوند. در حقیقت این بیماری مجموعه ای از مشکلاتی است که همزمان با هم اتفاق می افتند، البته همه دختران و زنان مبتلا به این بیماری ممکن است تمام علائم را با هم نداشته باشند. در تخمدان پلی کیستیک تخمک گذاری ماهیانه اتفاق نمی افتد، بنابراین پریود نامنظم می شود و سطح آندروژن ها (هورمون مردانه) بالا می رود. به همین دلیل یکی از نشانه های استرس زای این بیماری، ناباروری است. البته این بدان معنا نیست که فرد مبتلا اصلاً باردار نخواهد شد، بلکه ممکن است دیرتر باردار شود یا برای بارداری نیاز به تنظیم قاعدگی و درمان کمکی داشته باشد. در واقع تعداد زیادی از این افراد باردار خواهند شد. همچنین با توجه به ارتباط معنادار و مستقیم افزایش وزن، مصرف دخانیات، عدم فعالیت و ورزش روزانه، کمبود مواد معدنی و آهن با ایجاد و تشدید سندرم تخمدان پلی کیستیک اقداماتی مانند اصلاح سبک زندگی مهمترین عامل در پیشگیری و درمان این بیماران می باشد.

تقریبا 60 درصد زنان و دختران مبتلا به این سندرم، چاق هستند اما بعضی ممکن است اضافه وزن نداشته باشند. این بیماران در معرض خطر مشکلات متابولیک مانند دیابت و هیپرلیپیدمی هستند و در بعضی بیماران برای القای تخمک گذاری نیاز به دارو دارند. اگر چه سندرم تخمدان پلی کیستیک کاملا قابل درمان نیست ولی با بعضی داروها علایم آزاردهنده بیمار بهبود پیدا می کند. خیلی از زنان مبتلا به سندرم می توانند زندگی معمولی داشته باشند بدون اینکه مشکلی داشته باشند.

**علائم شایع بیماری تخمدان پلی کیستیک عبارتند از:**

**1- قاعدگی نامنظم یا عدم قاعدگی:**

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

بنابراین در زنان و دختران مبتلا به تخمدان پلي كیستیك، اختلال هورموني ناشي از عدم تخمك گذاري سبب بی نظمی در قاعدگی می گردد كه از خانمی به خانم دیگر متفاوت و شامل موارد زیر است:

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

**2- رشد موهای زاید:**

افزایش هورمون هاي مردانه در دختران و زنان مبتلا به این بیماری موجب افزایش رشد و تعداد موهاي زاید می گردد. این افزایش در ناحیه صورت، پشت، شکم، نوك پستانها و رانها دیده می شود. افزایش رشد مو در تعداد زیادی از دختران مبتلا به بیماری تخمدان پلی كیستیك دیده می شود.

معمولاً این علامت در فاصله 16-12 سالگی شروع می شود. ممکن است فرد مبتلا و خانواده وی به جای مراجعه به پزشك و درمان بیماری، برای مدتها صرفاً به حذف موهای زاید بپردازند و بدین ترتیب متاسفانه درمان بیماری با تاخیر همراه می باشد.

**3- نازک شدن و ریزش موهای سر:**

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

**4- چرب بودن پوست و جوش صورت (آکنه):**

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

**5- افزایش وزن و افزایش چربی شکمی:**

بیماری تخمدان پلی كیستیك در دخترانی كه وزن بالا دارند یعنی نمایه توده بدنی[[2]](#footnote-2) آنها بیش از 27 است، نسبت به دختران دارای وزن طبیعي بیشتر دیده می شود. بالاتر بودن هورمون های مردانه سبب تغییراتی در بافت چربی شکم می گردد كه باعث بیشتر شدن چاقی شکمی در این افراد می شود. معمولاً افراد مبتلا خیلی راحت افزایش وزن پیدا می كنند ولی با وجود رژیم های  
غذایی به سختی وزن آنها كاهش پیدا می كند.

**6- تاخیر یا مشکل در باردار شدن:**

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

در موارد زیادی ممکن است خونریزی قاعدگی اتفاق بیفتد، ولی به خاطر اختلالاتی كه در تنظیم هورمون ها وجود دارد،  
قاعدگی با تخمك گذاری همراه نباشد. البته تمام خانم هاي مبتلا به بیماری پلی كیستیك مشکل باروري ندارند و حتي برخي از آنان به طور طبیعي و بدون درمان دارویي باردار مي شوند.

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

**علایم سندرم تخمدان پلی کیستیک در نوجوانان:**

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

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

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

**علل بیماری تخمدان پلی کیستیک:**

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

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

**چه افرادی مستعد سندروم تخمدان پلی کیستیک هستند؟**

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

- **مقاومت به انسولین:** تقریباً ۷۰ درصد از زنان مبتلا به PCOS، نسبت به انسولین مقاومت دارند. وقتی سلول‌ها از انسولین به درستی استفاده نکنند، نیاز بدن افزایش یافته و در نتیجه غده پانکراس مقدار بیشتری از این هورمون را تولید می‌کند. تولید انسولین اضافی منجر به تحریک تخمدان‌ها شده و مقادیر بیشتری از هورمون‌های مردانه (تستوسترون) تولید می‌شود. مقاومت به انسولین نقش مهمی در بروز علائم و عوارض سندرم تخمدان پلی کیستیک دارد.

- **اضافه وزن:** افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی نیز می‌تواند در به وجود آمدن علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک نقش مهمی داشته باشد. افزایش وزن مقاومت به انسولین را تشدید می‌کند که خود زمینه بروز بیماری تخمدان پلی کیستیک را فراهم می‌کند. دیابت نوع 1و2 و دیابت بارداری، خطر ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک را بالا می برد.

**تشخیص بیماری تخمدان پلی کیستیک:**

بیماری تخمدان پلی كیستیك را نمی توان با یك آزمایش تشخیص داد. پزشك/ ماما با توجه به علایم مختلف این بیماری و با پرسیدن سابقه بیماری، معاینه، سونوگرافی و آزمایش خون این بیماری را تشخیص خواهد داد:

**1- تاریخچه پزشكي:**

در بررسی سوابق پزشکی، پزشك/ ماما درباره الگوی قاعدگي، تغییرات وزن و علایم دیگر بیماری تخمدان پلی كیستیك مانند رشد موهای زاید سوال خواهد كرد.

**2- معاینه کلی:**

فشارخون، وزن، قد، نمایه توده بدني و دوركمر توسط پزشك/ ماما اندازه گیري می شود. چگونگی رشد مو در قسمت های مختلف بدن مثل زیر چانه، صورت، پشت، شکم، ران و سینه بررسي مي گردد. بدیهی است كه بررسی رشد مو در صورتی به درستی انجام خواهد شد كه در فاصله چند روز گذشته موهای بدن كوتاه نشده باشد. همچنین نازك شدن و ریزش موی سر نیز بررسی خواهد شد.

**3- آزمایش خون:**

آزمایش خون برای اندازه گیری هورمون ها، بویژه هورمون های جنسی و مردانه انجام می شود. همچنین میزان كلسترول، چربی ها و قندخون هم اندازه گیری مي شود.

**4- سونوگرافي:**

با توجه به اینکه در این بیماری، تخمدانها دچار تعداد زیادی كیست می شوند، انجام سونوگرافی برای بررسی وضعیت تخمدان ها و وجود كیست در آن، تعداد و اندازه كیست ها بسیار كمك كننده است. باید توجه داشت كه این كیست های ریز نیازی به جراحی ندارند.

**چه خطراتی زنان مبتلا به PCOS را تهدید می کند؟**

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

**پیشگیری**

با اصلاح سبک زندگی می توان از بروز نشانه ها و عوارض این بیماری و پیشرفت آن به سوی مشکلات طبی جلوگیری کرد. از همین رو تشخص زودهنگام می تواند از عوارض طولاني مدت مانند ناباروري، چاقي، دیابت و بیماري قلبي جلوگیري كند. شیوه زندگي سالم ضمن بهبود مشکلات هورمونی به كاهش علامت هاي بیماري كمك نموده و تخمك گذاري را بهبود مي بخشد.

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

**تدابیر لازم جهت اصلاح سبک زندگی و حفظ تندرستی**

رعایت برخی اصول خود مراقبتی توسط دختران و زنان به درمان و كنترل علایم بیماری كمك خواهد كرد. برخی از این اصول به شرح زیر هستند:

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

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

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

**رعایت توصیه های طب ایرانی نظیر:**

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

**توصیه های غذایی طب ایرانی بویژه در صورت افزایش وزن:**

* تناسب وزن در تنظیم و برقراری قاعدگی طبیعی اهمیت دارد بنابراین وزن خود را به تناسب برسانید.
* مصرف کربوهیدرات‌ها (نان، برنج و شیرینی‌ها) و چربی‌ها را کمتر کنید و بیشتر از فیبرها (میوه و سبزی) استفاده کنید.
* وعده صبحانه فراموش نشود.
* ماست و دوغ و نوشابه همراه غذا مصرف نکنید.
* چاشنی رب انار شیرین یا ملس همراه غذا مصرف کنید.
* مصرف غذاهای کنسروی، فست فودها و خوراکیهای نمک سود، ترشی‌ها، شورها و تندی ها، غذاهای غلیظ و سخت هضم مانند الویه، کلم، قارچ و انواع غذاهای رشته‌ای مانند ماکارونی و نودل و مصرف قهوه، چای پررنگ و نوشیدنی‌های سرد را کمتر کنید.
* بیشتر از قبل سبزیجات تازه یا پخته به صورت سوپ، آش، خورش یا خوراک مانند کدو سبز، کدوحلوایی، اسفناج، گشنیز، بامیه، کرفس، لوبیاسبز، فسنجان با بادام، هویج، آلو، نخود (نخوداب) و ماش یا سبزی پلو، گشنیز پلو، لوبیاپلو، هویج پلو، ته چین اسفناج ± گوشت گوسفندی، مرغ جوان کوچک، کبک یا بلدرچین و ماهی استفاده کنید.
* سیر و پیاز، شوید، زیره، آویشن، گشنیز، نعنا و پونه، زعفران و زنجبیل در حد متعادل به غذا اضافه کنید.
* میوه های مفید: سیب، به، گلابی، انار، بادام، انگور یا مویز، انجیر.
* نوشیدنی های مفید: شربت سکنجبین، شربت انار، لیمو یا زرشک، شربت آب و عسل گرم (در صورت دیابت محدود شود)، شربت جلاب (گلاب و زعفران)، شربت خاکشیر، دمنوش به و سیب، بابونه، گل سرخ.
* آجیل کم نمک یا بی نمک، نان سبوس دار، غلات کامل، کنجد مصرف کنید.
* اگر از مکمل ویتامین د استفاده نمی‌کنید، مطمئن شوید کمبود ویتامین د ندارید.

**ناباروری در زنان مبتلا به** **PCOS** **چگونه درمان می‌شود؟**

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

**خلاصه**

بیماری تخمدان پلي كیستیك به مجموعه اي از علایم و نشانه ها گفته مي شود كه شامل بي نظمي یا عدم قاعدگي، چاقي، آكنه و افزایش موهاي زاید بدن، نازك شدن و كاهش موی سر مي باشد. یکي از عوارض مهم و آزاردهنده این بیماري تاخیر در بارداري و ناباروري است.

در دختران و زنان مبتلا به بیماری تخمدان پلي كیستیك، احتمال چاقي، دیابت، فشارخون بالا و بیماري قلبي بیشتر است. از آنجا كه علایم و عوارض این بیماري وابسته به اختلال قاعدگي و افزایش هورمون هاي مردانه است، پس بي نظمي قاعدگي باید جدی گرفته شود. با درمان هاي پزشک معالج خطر عوارض به حداقل كاهش پیدا مي نماید.

**پرسشنامه خود ارزیابی برای ابتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک**

دخترانی این پرسشنامه را برای خود ارزیابی تکمیل كنند كه 54-10 سال دارند و حداقل دو سال از شروع قاعده شدن شان می‌گذرد.  
**1- فاصله بین دو قاعدگی (اولین روز یک قاعدگی تا اولین روز قاعدگی بعدی) بطور متوسط چقدر طول می کشد؟** فقط یكی را انتخاب کنید

1- كمتر از 25 روز 2- 25 الی 34 روز  
3- 35 الی 60 روز 4- بیش از 60 روز  
 جواب های 3 و4 یك نمره

**2- در طی سال های قاعدگی (غیر از زمان حاملگی) آیا رشد موهای ضخیم و تیره داشته اید؟** تمام مواردی را كه داشته اید علامت بزنید  
1- بالای لب 2- چانه 3- سینه ها 4- بین دو پستان 5- پشت 6- باسن 7- بالای بازو 8-بالای ران  
در صورت پاسخ مثبت به سه مورد یا بیشتر از موارد فوق یك نمره

**3- آیا سابقه وزن بالا یا چاقی زیاد را داشتید؟** فقط یکی را علامت بزنید  
 بلی 🗌 خیر 🗌

در صورت پاسخ بلی = یك نمره

**4- آیا سابقه ناباروری داشته اید؟**  
 بلی 🗌 خیر 🗌

در صورت پاسخ بلی = یك نمره

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

بلی 🗌 خیر 🗌   
جواب بلی = یك نمره منفی(یك نمره كم شود)

جواب خیر= صفر نمره

**نتیجه:**

**اگر نمره 2 یا بیشتر داشته اید احتمال بیماری تخمدان پلي كیستیك مطرح است. به پزشک/ ماما مراجعه کنید.**

**اگر نمره كمتر از 2 را كسب کرده اید احتمال بیماری تخمدان پلي كیستیك مطرح نیست**.

**منابع**

1. Mumusoglu S, Yildiz BO. Polycystic ovary syndrome phenotypes and prevalence: differential impact of diagnostic criteria and clinical versus unselected population. Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research. 2020 Jun 1;12:66-71.
2. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome, Fertil Steril 81:19, 2004.
3. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS), Hum Reprod 19:41, 2004.
4. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W,Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE, Witchel SF; Task Force on the Phenotype of thePolycystic Ovary Syndrome of The Androgen Excess and PCOS Society, The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report, Fertil Steril 91:456, 2009.
5. . Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2018; 110:364.
6. Rosenfield RL, Ehrmann DA. The pathogenesis of polycystic ovary syndrome (PCOS): the hypothesis of PCOS as functional ovarian hyperandrogenism revisited. Endocrine reviews. 2016 Oct 1;37(5):467-520.
7. Kahsar-Miller MD, Nixon C, Boots LR, Go RC, Azziz R. Prevalence of polycystic ovary syndrome (PCOS) in first-degree relatives of patients with PCOS. Fertility and sterility. 2001 Jan 1;75(1):53-8.
8. Kauffman RP, Baker VM, Dimarino P, et al. Polycystic ovarian syndrome and insulin resistance in white and Mexican American women: a comparison of two distinct populations. Am J Obstet Gynecol 2002; 187:136
9. Yildiz BO, Knochenhauer ES, Azziz R. Impact of obesity on the risk for polycystic ovary syndrome. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2008 Jan 1;93(1):162-8.
10. Conn JJ, Jacobs HS, Conway GS. The prevalence of polycystic ovaries in women with type 2 diabetes mellitus. Clin Endocrinol (Oxf) 2000; 52:81.
11. Ibáñez L, Dimartino-Nardi J, Potau N, Saenger P. Premature adrenarche--normal variant or forerunner of adult disease? Endocr Rev 2000; 21:671.
12. Joffe H, Taylor AE, Hall JE. Polycystic ovarian syndrome—relationship to epilepsy and antiepileptic drug therapy. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2001 Jul 1;86(7):2946-9.
13. Johnson T, Kaplan L, Ouyang P, Rizza R. National Institutes of Health evidence-based methodology workshop on polycystic ovary syndrome (PCOS). NIH EbMW Report. Bethesda, National Institutes of Health. 2012;1:1-4.
14. Stein I, Leventhal M. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol 1935; 29:181
15. 2. DeUgarte CM, Bartolucci AA, Azziz R. Prevalence of insulin resistance in the polycystic ovary syndrome using the homeostasis model assessment. Fertil Steril 2005; 83:1454
16. Wild RA, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95:2038
17. Tasali E, Van Cauter E, Ehrmann DA. Relationships between sleep disordered breathing and glucose metabolism in polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:36.
18. Berni TR, Morgan CL, Berni ER, Rees DA. Polycystic Ovary Syndrome Is Associated With Adverse Mental Health and Neurodevelopmental Outcomes. J Clin Endocrinol Metab 2018; 103:2116.
19. Rosenfield RL. Perspectives on the International Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020; 33:445. 1
20. Gottschau M, Kjaer SK, Jensen A, et al. Risk of cancer among women with polycystic ovary syndrome: a Danish cohort study. Gynecol Oncol 2015; 136:99.
21. Ehrmann DA, Liljenquist DR, Kasza K, et al. Prevalence and predictors of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:48.
22. Salley KE, Wickham EP, Cheang KI, et al. Glucose intolerance in polycystic ovary syndrome--a position statement of the Androgen Excess Society. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92:4546.
23. Moran LJ, Brinkworth G, Noakes M, Norman RJ. Effects of lifestyle modification in polycystic ovarian syndrome. Reproductive biomedicine online. 2006 Jan 1;12(5):569-78.
24. Vrbikova J, Cibula D, Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome, Hum Reprod Update 11:277, 2005.
25. Lord JM, Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis, BMJ 327:951, 2003.
26. Legro RS, Brzyski RG, Diamond MP, et al., Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome, N Engl J Med 371:119, 2014.
27. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Role of metformin for ovulation induction in infertile patients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a guideline, Fertil Steril 108:426, 2017.

1. Polycystic Ovary Syndrome [↑](#footnote-ref-1)
2. منظور از نمایه توده بدنی نسبت وزن (به کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر) می باشد. [↑](#footnote-ref-2)