

ناباروری، آنالیز مایع منی و تشخیص های احتمالی

تشخیص افتراقی (راهنمای تشخیصی)	ناهنجاری
<p>درمان های پزشکی/جراحی مربوط به هایپرپلازی خوش خیم پروستات (بزرگ شدن پروستات)، اختلالات عصبی، آسیب نخاعی، دیابت</p> <p>تجزیه و تحلیل ادرار پس از انزال: در صورت حجم کمتر از ۱ میلی لیتر استثناء: هیپوگنادیسم و CBAVD (فقدان مادرزادی دو طرفه مجرای واز دفران)</p>	<p>انزال رتروگراد (به عقب)</p> <p>حجم نرمال < ۱/۵ میلی لیتر</p>
<p>روش جمع آوری نمونه را به دقت مطالعه کنید</p> <p>در صورت مشکوک بودن به چیزی مجدد اقدام به جمع آوری مجدد کنید.</p>	<p>جمع آوری ناقص</p>
<p>حجم کم و pH اسیدی</p> <p>MRI ترانس رکتال/لگن (در صورت انسداد: وزیکول های بزرگ متسع)</p>	<p>فقدان وزیکول منی انسداد مجرای انزال</p>
<p>حجم کم و pH اسیدی</p> <p>MRI ترانس رکتال/لگن (در صورت انسداد: وزیکول های بزرگ متسع)</p>	<p>فقدان وزیکول منی انسداد مجرای انزال</p> <p>pH نرمال : ۷/۲-۸</p>

<p>سطح پایین LH , FSH و تستوسترون</p> <p>آتروفی دو طرفه بیضه‌ها و اختلال در غده هیپوفیز</p> <p>پرولاکتین: افزایش ترشح پرولاکتین، تولید GnRH را مهار می‌کند و ممکن است نشان دهنده آدنوم هیپوفیز باشد</p> <p>MRI: آدنوم هیپوفیز، بیماری زمینه‌ای empty sella (سنای خالی)</p>	<p>نارسایی ثانویه بیضه (هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپی ک)</p>	<p style="text-align: center;">غلظت اسپرم / پیش بیضه ای</p> <p style="text-align: center;">آزواسپرمی + Hypo-Hypo hypogonadism- hypogonadotropic:</p> <p style="text-align: center;">تصویر برداری از غده هیپوفیز و اندازه گیری پرولاکتین</p> <p style="text-align: center;">نرمال < ۱۵ میلیون در میلی لیتر</p>
<p>هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک مادرزادی و آنوسمی (ANOSMIA)</p> <p>تاخیر در بلوغ</p>	<p>سندرم کالمن</p>	
<p>القای هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک</p> <p>آندروژن های اگزوژن: سرکوب GnRH</p> <p>آتروفی دو طرفه بیضه، افزایش سطح مایع وزیکول سمینال</p> <p>نکته:</p> <p>هیپوگنادیسم و ناباروری: با تستوسترون درمان نکنید (درمان با کلومیفن یا آناستروزول، تزریق hCG)</p> <p>* کلومیفن: بازخورد منفی استروژن را مهار می‌کند: LH, FSH, تستوسترون و استرادیول را افزایش می‌دهد (از طریق آروماتاز)</p>	<p>استروئیدهای آنابولیک</p>	

<p>*آناستروزول: از تبدیل تستوسترون به استروژن در بافت های محیطی جلوگیری می کند.</p>		
<p>هیپوگنادیسم هیپرگنادوتروپیک FSH و LH بالا تستوسترون پایین آتروفی بیضه دو طرفه کاریوتایپ: ۵-۱۰٪ غیر طبیعی شایع ترین سندرم: کلاین فیلتر</p>	<p>نارسایی اولیه بیضه</p>	
<p>هیپوگنادیسم هیپرگنادوتروپیک میکروتسه (MicroTESE): نرخ بازیابی اسپرم ۴۰-۶۰٪ قد بلند، سرطان سینه، تومور بیضه</p>	<p>سندرم کلاین فیلتر 47XXY</p>	<p style="text-align: center;">غلظت اسپرم / بیضه ای</p> <p style="text-align: center;">آزواسپرمی + Hyper - Hypo کاریوتایپ و ریزحذف های کروموزوم Y</p> <p style="text-align: center;">نرمال < ۱۵ میلیون در میلی لیتر</p>
<p>در این بیماری سلول های لایدیگ و سرتولی وجود دارند، اما فاقد سلول های زایا هستند سطح FSH بالا است نسبت LH به تستوسترون طبیعی است علل: ایدیوپاتیک، ریز حذف کروموزوم Y، کلاین فلتر، تشعشعات نکته: ممکن است پزشک بیوپسی بیضه را امتحان کند اما بیش از ۲۵ درصد بازیابی اسپرم از طریق microTESE بعید است.</p>	<p>سندرم سلول های سرتولی</p>	
<p>azoospermia factor a (AZFa)/ azoospermia factor b (AZFb) : no ICSI</p>	<p>ریزحذف کروموزوم Y (Yq11), 10-15%</p>	

<p>نکته: ژن DAZ برای اسپرماتوژنز حیاتی است.</p>		
<p>۴۰ درصد از مردان نابارور با واریکوسل درگیر هستند اکثریت ۹۰٪ در سمت چپ مشاهده می‌شود مشاهده می‌شود تراتوسپرمی، آستنواسپرمی و اولیگوزواسپرمی گرید ۱: قابل لمس با مانور والسالوا (Valsalva's maneuver) گرید ۲: قابل لمس بدون والسالوا گرید ۳: قابل مشاهده بدون والسالوا نکته: فرد الیگوزواسپرمی است و بیضه‌ها قابل لمس و بدون علت ناباروری دیگر در اطفال: افزایش اندازه بهترین رویکرد: میکروجرراحی نکته: پارامترهای آنالیز سیمن تا حدود دو سوم بهبود می‌یابد (هر سه ماه باید آزمایش شود)</p>	<p>واریکوسل</p>	
<p>حجم کم منی / اسیدی بودن منی دو سوم افراد دارای جهش CFTR (فیبروز کیستیک) هستند</p>	<p>فقدان دو طرفه مادرزادی لوله وازو دفران (CBAVD)</p>	<p>غلظت اسپرم / پس بیضه ای نرمال < ۱۵ میلیون در میلی لیتر</p>

اسپو، کلینیک دیجیتال باروری مردان

<p>اگر آژنزی عروقی یک طرفه، احتمالاً آترزی عروقی در مقابل، جزئی یا کامل است</p> <p>Renas US: آژنزی کلیوی: ۲۵٪ یک طرفه، ۱۰٪ فقدان دو طرفه واز دفران</p>	<p>سیستیک فیبروزیس (CF)</p>	
<p>آزواسپرمی انسدادی، برونشکتازی، سینوزیت</p> <p>ترشحات غلیظ اپیدیدیم</p>	<p>سندرم جوانی</p>	
<p>شایع ترین علت آزواسپرمی</p> <p>واوزوستومی: زمان پس از جراحی، مهمترین عامل پیش آگهی است</p>	<p>وازکتومی</p>	
<p>حجم مایع منی کم و بیضه ها طبیعی هستند</p> <p>نکته: اگر حجم منی کم، بیضه ها و مجرای دفران طبیعی باشند: چک کردن pH، فروکتوز</p> <p>اسکن اولتراسوند ترانس رکتال (TRUS) جهت بررسی کیست های خط میانی، مجاری گشاد شده و/یا وزیکول ها</p> <p>نکته: اگر حجم و سطح FSH طبیعی و فرد آزواسپرم باشد: بیوپسی بیضه در صورت طبیعی بودن: انسداد حتما وجود دارد</p>	<p>انسداد مجرای انزال</p>	

اسپو، کلینیک دیجیتال باروری مردان

<p>دیسکینزی مزگانی اولیه / Situs inversus سینوزیت مزم/ برونشکتازی</p> <p>اتوزونال مغلوب</p>	<p>سندروم کارتاژنر</p>	<p>تحرک اسپرم رایج ترین پارامتر غیر طبیعی</p> <p>نرمال: تحرک کل < ۴۰ درصد تحرک پیشرونده < ۳۲ درصد</p>
<p>باعث آگلوتیناسیون می شود</p> <p>فقط IgA و IgG در دستگاه تناسلی مردان یافت می شود</p> <p>نشانه ها: آستنوسپرمی با غلظت طبیعی، آگلوتیناسیون، تست غیر طبیعی پس از نزدیکی (postcoital test)</p>	<p>آنتی بادی ضد اسپرم</p>	
<p>آنتی بادی ها باعث آگلوتیناسیون اسپرم می شوند</p>	<p>عفونت های دستگاه تناسلی</p>	
<p>واریکوسل</p>		
<p>عفونت، ژنتیک، سموم، دارو، واریکوسل، قرار گرفتن بیضه ها در معرض گرما و حرارت</p>		<p>زنده ماننی اسپرم نرمال: بیشتر از ۵۸ درصد از اسپرم ها زنده باشند Normal \geq 58 % alive</p>
<p>واریکوسل، ژنتیک بیشتر نقایص؛ اسپرم سر گرد هستند</p>		<p>مورفولوژی (شکل اسپرم) نرمال: بیشتر از ۴ درصد از اسپرم ها شکل نرمال داشته باشند Normal \geq 4 %</p>
<p>عفونت، سیگار، الکل، مواد مخدر</p>		<p>تعداد گلبول های سفید نرمال: کمتر از ۱ میلیون در میلی لیتر Normal < 1 milion/mL</p>
<p>حجم کم منی و pH اسیدی MRI ترانس رکتال/ لگن (در صورت انسداد: وزیکول های بزرگ متسع)</p>	<p>فقدان وزیکول منی انسداد مجرای انزال</p>	<p>فروکتوز</p>

مترجم: عرفان زارع

دانشجوی سال پنجم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل