

بررسی عوامل هماتواسپریمیا نزد مردان پایین تر از ۴۰ سال

پوهنمل داکتر عبدالعلی یعقوبی^۱، پوهنمل داکتر قیس افضلی^۲، پوهندوی داکتر عبدالقیوم حکیمی^۳

^۱ عضو کادر علمی پوهنځی طب پوهنتون بلخ (نویسنده مسئول)

^۲ عضو کادر علمی پوهنځی طب پوهنتون بلخ

^۳ عضو کادر علمی پوهنځی طب پوهنتون بلخ

چکیده

وجود خون در مایع منی، که به آن هماتواسپریمیا یا هماتوزواسپریمیا می‌گویند، می‌تواند یک مشکل عارضه‌ای در مردان زیر ۴۰ سال باشد. در این مطالعه، وضعیت خون در مایع منی در این گروه سنی بررسی شده است. هدف این مطالعه، شناسایی عواملی است که ممکن است باعث وجود خون در مایع منی در مردان زیر ۴۰ سال شوند. در این تحقیق، عوامل مختلفی بررسی شده‌اند که می‌توانند باعث وجود خون در مایع منی در مردان زیر ۴۰ سال شوند. برخی از این عوامل شامل التهابات تناسلی، عفونت‌ها، ضربه یا آسیب به منطقه تناسلی، سنگ کلیه، مشکلات پروستات، نارسایی عروقی، مصرف دواهای خاص، عوامل جنسیکی و ارثی، و برخی امراض مزمن مانند دیابت است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل مختلفی می‌توانند باعث وجود خون در مایع منی در مردان زیر ۴۰ سال شوند. این موارد نشان می‌دهد که تشخیص دقیق علت وجود خون در مایع منی و مداخله درمانی مربوطه می‌تواند برای بهبود وضعیت تناسلی و جلوگیری از مشکلات مرتبط مفید باشد. اطلاعات به دست آمده از این مطالعه می‌تواند به داکتران و متخصصان کمک کند تا راهکارهای مناسبی برای تشخیص و درمان هماتواسپریمیا در مردان زیر ۴۰ سال ارائه دهند. همچنین، آگاهی خانم‌ها و زنان در خصوص این مسئله می‌تواند در اتخاذ تصمیمات بهتری برای بهبود سلامت تناسلی و باروری خود و شریکانشان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: سرطان متاستاتیک، عوامل جنسیکی، مصرف دواها، عفونت و التهاب، سنگ گرده

مقدمه

وجود خون در مایع منی به عنوان "هماتوزوسپرمی" شناخته می شود و می تواند به صورت موقت یا دائمی باشد. در بعضی از موارد، هماتوزوسپرمی بدون علامت و علائمی اتفاق می افتد و تنها با تشخیص مایع منی در معاینات طبی شناخته می شود. اما در برخی موارد، هماتوزوسپرمی ممکن است به علائمی مانند رنگ سرخ یا قهوه ای مایع منی، وجود خون در ادرار، درد و تورم در ناحیه زیر شکم، درد در منطقه پرینه و حتی خونریزی مشکلات ادراری همراه باشد (Akhter, et al, 2013).

چندین علت برای هماتوزوسپرمی وجود دارد که می تواند شامل عفونت، التهاب، آسیب، تومور، نوار خونریزی و بیماری های خونی باشد. همچنین، مصرف دواهای خاصی نیز می تواند به هماتوزوسپرمی منجر شود، مانند دواهای ضد انعقاد خون و برخی داروهای آرام بخش. در صورتی که شما به هر یک از علائم هماتوزوسپرمی دچار شده اید، بهتر است به داکتر مراجعه کنید تا بتواند علت آن را بررسی کند و تداوی مناسبی را برای شما تجویز کند (Close, et al, 1991).

هماتواسپریمیا به طور سنتی به عنوان حضور مایکروسکوپیکی خون در مایع تعریف می شود. بر اساس گزارش ها هماتواسپریمیا ۱٪ تمام علایم یورولوژی را شامل می شود. این اختلال ممکن است به صورت یک یا چند دوره رخ دهد یا به صورت مزمن ادامه یابد. مریضان معمولاً پس از یک دوره هماتواسپریمیا به شفاخانه مراجعه می کنند. از نظر فیزیولوژیکی، عملکرد جنسی مردان شامل سه مرحله است: نعوظ، انزال و دفع. انزال شامل دو مرحله است: انتشار و جهش. عملکرد اول با رسوب مایع منی در مجرای ادرار پروستات مرتبط است، درحالی که دومی مسئول دفع متوالی مایع به خارج از بدن است. انزال حاوی ترشحاتی است که از بیضه، اپیدیدیم و چندین غدد جنسی جانبی منشأ می گیرند که در مجرای ادراری پروستات به هم می رسند (fouda, et al, ۲۰۱۱).

هماتوسپرمی از نظر کلینیکی به فرآیند انتشار و دفع بستگی دارد. سیستم عصبی سمپاتیک با کنترل انتشار مرتبط است. انتشار شامل انقباض متوالی اپیدیدیم، و از دفران، وزیکول های منی و پروستات است و سپس مایع منی در مجرای ادرار پروستات رسوب می کند. گردن مثانه و اسفنکتر خارجی مجرای ادراری بسته هستند که فضای دوکی شکلی حاوی مایع رسوب شده را ایجاد می کند. هماتوسپرمی از نظر تاریخی با زیاده روی جنسی، پرهیز طولانی مدت جنسی و قطع رابطه جنسی مرتبط بوده است. وجود خون در مایع منی ناشی از التهاب، عفونت، تومورها، انسداد یا آسیب، ناهنجاری های عروقی، بیماری های سیستمیک و فاکتورهای ایترژنیک در هر ناحیه در اندام های تناسلی مردانه است (Fuse, et al, 2011).

وجود خون در مایع منی (هماتوزوسپرمی) در اکثر موارد خطرناک نیست و بیشتر اوقات به صورت خودبه خودی تداوی می شود. با این حال، در برخی موارد می تواند نشانه ای از یک مریضی جدی باشد که نیاز به تداوی دارد. به طور کلی، وجود خون در مایع منی ممکن است به علت وجود یک التهاب، عفونت، آسیب، تومور و یا نوار خونریزی باشد (Mitsuieal, et al, 2023). همچنین، مصرف بعضی داروها نیز می تواند باعث بروز هماتوزوسپرمی شود. در برخی موارد، هماتوزوسپرمی ممکن است با علائمی مانند درد، تورم و خونریزی همراه باشد. به گفته کارشناسان، خون در مایع منی معمولاً به نگرانی های جزئی مربوط به صحت مندی مربوط می شود و خودبه خود از بین می رود. چندین علت برای وجود خون در منی وجود دارد، از جمله:

- عفونت و التهاب
- تروما یا جراحت
- اقدامات پزشکی
- عفونت های مقاربتی
- سرطان یا تومور

تشخیص هماتواسپریمیا

ارزیابی اولیه: داکتر در اولین ملاقات با مریض موارد زیر را انجام خواهد داد: ابتدا، تاریخچه کامل سلامتی فرد دریافت شده و سؤالاتی درباره علائم فعلی، زمان اولین مشاهده خون در مایع منی، فعالیت های جنسی فرد و تکرر دفعات بروز این پدیده از مریض سؤال می شود. همچنین، داکتر درباره دواهای مصرفی مریض، اختلالات خونی و علائم عفونت مجاری ادراری با مریض گفتگو می کند. در مرحله بعد، نواحی تناسلی از نظر وجود برآمدگی، تورم، قرمزی و خروج ترشحات بررسی شده و یک معاینه مقعدی جهت ارزیابی وجود این علائم در پروستات انجام می شود. در نهایت نیز فشار خون بیمار پایش شده و در صورت نیاز معاینات تشخیصی تجویز می شوند.

معاینات تشخیصی

داکتر ممکن است انجام یک یا چند مورد از معاینات تشخیصی زیر را برای مریض تجویز کند:

- معاینات کشت ادرار جهت بررسی ابتلا به عفونت ها و موارد غیرطبیعی،
- معاینات ابتلا به عفونت های منتقل شونده جنسی،
- معاینات آنتی ژن اختصاصی پروستات جهت بررسی وجود سرطان،

معاینات تخصصی

نتایج آزمایش ها و معاینه ها ممکن است توانایی تشخیص علت وجود خون در مایع منی را نداشته باشند. در این شرایط، داکتر مریض را به متخصص یورولوژی ارجاع داده تا آزمایش ها و فرایندهای تخصصی تری را انجام دهد. متخصص یورولوژی که در زمینه تداوی امراض مجاری ادرار و دستگاه تناسلی آموزش بیشتر دیده و تخصص کسب کرده است می تواند مفید تمام شود. داکتر متخصص یورولوژی می تواند انجام یک یا چند مورد از آزمایش های زیر را برای فرد تجویز کند:

- سونوگرافی مقعدی جهت تشخیص مشکلات پروستات از جمله کیست، سنگ، واریس و تغییرات التهابی
- سی تی اسکن
- MRI

پیشینه تحقیق:

فودا و همکاران (۲۰۱۷)، تحقیقی را تحت عنوان هماچوری و هماتوسپریم مرتب با استفاده از فیناستراید برای تداوی آلپوسی آندروژنیک انجام دادند. در این گزارش به یک اثر نامطلوب غیر معمول فیناستراید پرداختند که با هماچوری بدون درد و هماتوسپریم در یک مرد ۳۸ ساله سالم در طول تداوی آلپوسی آندروژنیک با دوز یک میلی گرام در روز همراه بود. مشخص شد که خونریزی با مصرف فیناستراید مرتبط است؛ زیرا ۲-۳ روز پس از مصرف رخ میدهد و با قطع دوا متوقف می شود (فودا و همکاران، ۲۰۱۷).

فیوز و همکاران (۲۰۱۱)، تحقیقی را تحت عنوان هماتوسپریم: علت، تشخیص و تداوی آن انجام دادند. یافته ها نشان داد که مریضان باید تحت گرفتن تحت گرفتن سابقه طبی، معاینه فیزیکی شامل ارزیابی حرارت و فشارخون، لمس دیجیتال رکتوم و معاینه خون، ادرار و مایع منی قرار گیرند. اگر تشخیص هنوز مشخص نیست، تحقیقات بیشتر شامل سونوگرافی ترانس رکتوم، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی، اورتروسیستوسکوپی با بیوپسی است. همچنان هماتوسپریم ناشی از عفونت های دستگاه تناسلی به طور مؤثر با عوامل ضدویروسی، آنتی بیوتیکی مناسب تداوی می شود (فیوز و همکاران، ۲۰۱۱).

استفانوویچ و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی ارزیابی و تداوی هماتوسپرمی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که هماتوسپرمی می‌تواند یک علامت ناراحت کننده برای مریضان باشد؛ اما اکثر موارد به‌طور مؤثر توسط یک داکتر مراقبت‌های اولیه مدیریت می‌شود (استفانوویچ و همکاران، ۲۰۰۹).

روش تحقیق:

این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است که با هدف بررسی عوامل هماتواسپرمیا نزد مردان کمتر از ۴۰ سال مراجعه‌کننده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای در شهر مزار شریف انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را همه مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تشکیل داده و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و فورمول کوکران (۹۰) نفر تعیین گردید. داده‌ها از طریق دوسیه مریضان جمع‌آوری گردیده سپس تجزیه و تحلیل گردیده است.

تجزیه و تحلیل:

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان نظر به سن

سن	فریکونسی	فیصدی
۲۵-۲۰	۲۰	۲۲,۲
۳۰-۲۵	۱۵	۱۶,۶
۳۵-۳۰	۲۵	۲۷,۷
۴۰-۳۵	۳۰	۳۳,۳

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان را نظر به سن نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله (۹۰) تن، (۲۰) تن در سنین ۲۵-۲۰ سال، (۱۵) تن در سنین ۳۰-۲۵ سال، (۲۵) تن در سنین (۳۰-۳۵) سال و (۳۰) تن در سنین ۳۵-۴۰ سال قرار داشتند که بر اساس فیصدی به ترتیب ۲۲,۲٪، ۱۶,۶٪، ۲۷,۷٪ و ۳۳,۳٪ را تشکیل می‌دهند.

جدول (۲) عوامل هماتواسپرمیا نزد مردان پایین تر ۴۰ سال در مزار شریف

عوامل هماتواسپرمیا	فریکونسی	فیصدی
عفونت و التهاب	۲۰	۲۲,۲
سرطان متاستاتیک	۴	۴,۵
عوامل جنیتی	۸	۸,۹
عفونت های مقاربتی	۱۸	۲۰
مصرف دواها	۱۶	۱۷,۷
سنگ گرده	۲۴	۲۶,۷

جدول (۲) عوامل هماتواسپرمیا نزد مردان پایین تر ۴۰ سال در مزار شریف را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله (۹۰) تن، نزد (۲۰) تن عفونت و التهاب، نزد (۴) تن سرطان متاستاتیک، (۸) عوامل جنیتی، نزد (۱۸) تن عفونت‌های مقاربتی، نزد (۱۶) تن مصرف دواها و نزد (۲۴) تن سنگ گرده به‌عنوان عامل هماتواسپرمیا دیده شده است.

نتیجه گیری:

هماتواسپریمیا یعنی وجود خون در مایع منی و می تواند به عوامل مختلفی برگردد. در نتیجه بررسی عوامل هماتواسپریمیا، بایستی به طور دقیق و شخصی سازی شده انجام شود. این تحقیق مطالعه ای توصیفی- مقطعی است که با هدف بررسی عوامل هماتواسپریمیا نزد مردان کمتر از ۴۰ سال مراجعه کننده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای در شهر مزار شریف انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را همه مریضان مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تشکیل داده و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و فورمول کوکران (۹۰) نفر تعیین گردید. داده ها از طریق دوسیه مریضان جمع آوری گردیده سپس تجزیه و تحلیل گردیده است. یافته ها نشان می دهد که از جمله (۹۰) تن، (۲۰) تن در سنین ۲۰-۲۵ سال، (۱۵) تن در سنین ۲۵-۳۰ سال، (۲۵) تن در سنین (۳۰-۳۵) سال و (۳۰) تن در سنین ۳۵-۴۰ سال قرار داشتند که براساس فیصدی به ترتیب ۲۲٫۲٪، ۱۶٫۶٪، ۲۷٫۷٪ و ۳۳٫۳٪ را تشکیل می دهند. عوامل هماتواسپریمیا نزد مریضان نشان می دهد که نزد (۲۰) تن عفونت و التهاب، نزد (۴) تن سرطان متاستاتیک، (۸) عوامل جنیتی، نزد (۱۸) تن عفونت های مقاربتی، نزد (۱۶) تن مصرف دواها و نزد (۲۴) تن سنگ کرده به عنوان عامل هماتواسپریمیا دیده شده است.

منابع و مأخذ

۱. تاج الدینی، مرضیه، صدیقی گیلانی، محمدعلی، حیدری، طاهره، چوبینه، کلثوم، و چوبینه، حمید. (۱۳۹۵). ردیابی هرپس سیمپلکس و ویروس ۱ و ۲ در مایع منی، خون و ادرار مردان نابارور ایدیوپاتیک، و ارتباط آن با تعداد و تحرک اسپرم. پیآورد سلامت، ۱۰(۶)، ۵۲۳-۵۲۹. SID. <https://sid.ir/paper/149773/fa>
۲. تدین، فرهاد. (۱۳۸۲). بررسی میزان تأثیر تجویز فیناسترید بر روی حجم مایع منی و تعداد اسپرماتوزوئید در مردان جوان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۱(۷۱)، ۴۴-۴۶. SID. <https://sid.ir/paper/49941/fa>
۳. راهداری، عبدالعلی، قرایی، احمد، فدایی، رضا، جهانتاب، مرتضی، و علی زاده، عباس. (۱۳۹۸). مقایسه ترکیبات مایع تخمدانی، مایع منی و خون مولدین ماهی سفیدک سیستان (Schizothorax zarudnyi) و بررسی اثر مایع تخمدانی بر تحرک اسپرم. علوم آبی پروری، ۷(۱۳)، ۱۵۲-۱۶۴. SID. <https://sid.ir/paper/961237/fa>
۴. نوری، محمد، فرزندی، لعیا، قاسم زاده، عالی، و شهنازی، وحیده. (۱۳۸۷). تأثیر دریافت مکمل های آنتی اکسیدانت بر روی کیفیت مایع منی در مردان با آستنوزواسپریمی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۰(۱)، ۱۲۷-۱۳۲. SID. <https://sid.ir/paper/46867/fa>
۵. نیکوبخت، محمدرضا، پورمند، غلامرضا، و جلادت، هومن. (۱۳۸۴). هماتواسپریمی بیمارستان سینا، ۸۲-۱۳۷۰. مجله دانشکده پزشکی، ۶۳(۱)، ۴۸-۵۴. SID. <https://sid.ir/paper/38757/fa>
۶. Akhter, W., Khan, F., & Chinegwundoh, F. (2013). Should every patient with hematospermia be investigated? A critical review. *Central European journal of urology*, 66(1), 79-82. <https://doi.org/10.5173/cej.2013.01.art25>
۷. Close, C. F., Yeo, W. W., & Ramsay, L. E. (1991). The association between haemospermia and severe hypertension. *Postgraduate medical journal*, 67(784), 157-158. <https://doi.org/10.1136/pgmj.67.784.157>
۸. Fouda, A. M., & Bazeed, A. M. (2017). Hematuria and Hematospermia Associated with the Use of Finasteride for the Treatment of Androgenic Alopecia: A Case Report. *Drug safety - case reports*, 4(1), 14. <https://doi.org/10.1007/s40800-017-0059->

7. Useful predictors of prolonged duration of hematospermia. *Translational andrology and urology*, 12(7), 1090–1100. <https://doi.org/10.21037/tau-23-108>
۹. Fuse, H., Komiya, A., Nozaki, T., & Watanabe, A. (2011). Hematospermia: etiology, diagnosis, and treatment. *Reproductive medicine and biology*, 10(3), 153–159. <https://doi.org/10.1007/s12522-011-0087-4>
۱۰. Mitsui, Y., Yamabe, F., Hori, S., Uetani, M., Aoki, H., Sakurabayashi, K., Okawa, M., Kobayashi, H., Nagao, K., & Nakajima, K. (2023). Urine pH and imaging findings of prostate
۱۱. Stefanovic, K. B., Gregg, P. C., & Soung, M. (2009). Evaluation and treatment of hematospermia. *American family physician*, 80(12), 1421–1427.
۱۲. Wang LJ, Tsui KH, Wong YC, Huang ST, Chang PL. Arterial bleeding in patients with intractable hematospermia and concomitant hematuria: a preliminary report. *Urology*, 2006, 68, 938–941 10.1016/j.urology.2006.06.015.