

# بولتن تولیدمثل و نازایی

سال اول مرداد ۱۳۷۸

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

## سخنی با خوانندگان

پس از انتشار سؤالات مربوط به ارائه آمار و ارقام غیرواقعی از وضعیت درمان ناباروری در روزنامه **همشهری مورخ ۷۸،۱،۲۵**، پاسخ‌های متعددی از سوی دست‌اندرکاران و مسئولین مراکز لقاح خارج رحمی واصل گشت. آنچه که بسیاری بر آن تأکید نموده‌اند، نوع تبلیغ و ارائه گزارش‌های پزشکی در روزنامه‌ها و رسانه‌های گروهی غیرپزشکی است که باید در الگویی صحیح، تأیید شده توسط جامعه پزشکی و نظام پزشکی و تنها برای راهنمایی بیمار، به منظور عدم گمراهی و یافتن راه صحیح برای دستیابی به تشخیص و درمان باشد. در غیر این صورت هرگونه گزارشی که برای جذب بیمار بیشتر یا بهره‌وری مادی ارائه می‌شود، مطرود و غیرقابل قبول است. بر جامعه ناباروری کشور است که در جهت تشکیل **انجمن باروری و ناباروری** تسریع نموده، با برنامه‌ریزی صحیح و منطقی زمینه بروز هر نوع سوءاستفاده تبلیغاتی و تجاری را در این حرفه برطرف نماید. هم چنین بر مسئولین محترم وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نظام پزشکی کشور است که با ایجاد نظارت حرفه‌ای در رفع این معضلات اقدام نمایند.

خلاصه‌ای از پاسخهای دریافتی ذیلاً ارائه می‌گردد:

۱- تیرت روزنامه مبنی بر ۹۸ درصد نازایی‌ها در ایران قابل درمان است، مورد قبول هیچ مرکز درمانی ناباروری نبوده، برخی تا ۵۰ درصد و گروهی عنوان نموده‌اند که بررسی دقیقی در ایران بعمل نیامده است.

۲- تحول درمان ناباروری در کشورهای خارجی عمدتاً به ۲۰ سال قبل (۱۹۷۸) و در ایران به ۱۰ سال قبل (۱۳۶۸) بازمی‌گردد و نه ۴۰ سال قبل.

۳- اولین مرکز لقاح خارج رحمی کشور مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری یزد معرفی شده که در سال ۱۳۶۸ مورد بهره‌برداری قرار گرفت و اولین موفقیت‌های مربوط به درمان IVF و ICSI نیز مربوط به آن مرکز می‌باشد.

۴- آمار جهانی مؤید این مطلب است که حدود ۴۰ درصد نازایی‌ها مربوط به زن و ۴۰ درصد مربوط به مرد بوده و بیش از ۸۰ درصد از علل نازایی‌ها قابل شناسایی و تشخیص بوده و در حال حاضر ۱۰ الی ۲۰ درصد از نازایی را بعنوان نازایی‌های ناشناخته قلمداد می‌نمایند.

۵- هیچکدام از پاسخ‌های رسیده از مراکز ناباروری و اشخاص، اطلاعی از روش درمانی ZUI که تحت عنوان "انتقال نطفه تقویت شده انتخابی مرد به داخل بدن همسر" و روش درمانی ITST که تحت عنوان "انتقال نطفه تقویت شده و ظرفیت یافته مرد به داخل بدن همسر" معرفی شده است، نداشتند.

در خاتمه از مراکز و افرادی که در ارسال پاسخ‌ها، ما را یاری نمودند، متشکریم. امید است که نقل این

مباحث تذکری برای همه دست‌اندرکاران در زمینه لقاح خارج رحمی باشد.

۱۶

**گردهمایی**  
**باروری و ناباروری**  
**Fertility & Infertility**  
**J. Club**  
موضوع: **Mycoplasma & Infertility**  
ارائه دهنده: **دکتر محمد نیاکان**  
زمان: **دوشنبه ۷۸/۵/۴ ساعت ۱۳:۳۰-۱۲:۳۰**  
بزرگراه شهید چمران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، مکان: **پژوهشکده بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی**

## ژورنال کلاب باروری و ناباروری

ژورنال کلاب هفته اول تیرماه بعنوان "واریکوسل و ناباروری" توسط آقای دکتر محمدعلی صدیقی متخصص اورولوژی و ناباروری مردان و عضو شورای علمی پژوهشکده BIB برگزار گردید که خلاصه مطالب ایشان به شرح ذیل است:

اگرچه از قرن اول بعد از میلاد واریکوسل و اثرات آن بر روی باروری شناخته و توصیف شده است ولی از سال ۱۹۹۵ که Tulloch گزارش واریکوسلکتومی را بر روی ۳۰ مرد نابارور و اثرات آن در بهبود و کیفیت مایع منی (۶۶٪) و حاملگی (۳۰٪) را منتشر نمود، این عمل جراحی بعنوان یک روش اساسی در درمان مردان نابارور تا به امروز اجرا می‌شود. علیرغم گزارشات متعدد در این زمینه، هنوز نکات تاریک و مبهمی در خصوص اثرات واریکوسل بر روی باروری وجود دارد. گزارشات تیزر Baker, Nilsson 1979, Rodriguez 1978, Vermeulen 1985, Vermeulen 1985، منکر اثرات واریکوسل بر روی ناباروری می‌باشند و بر این بررسی‌ها ایراداتی از قبیل: کمی تعداد نمونه، کاملاً تصادفی نبودن بررسیها و انتخاب گروه‌های کنترل نامناسب، وارد شده است. مطالعه‌ای نیز توسط سازمان بهداشت جهانی به شکل multicenter، کاملاً تصادفی، آینده‌نگر و کنترل‌دار جهت بررسی اثرات واریکوسلکتومی بر روی باروری مردان در دست اجرا است که بخشی از نتایج آن منتشر گردیده و حاکی از بهبود کیفیت مایع منی و افزایش

میزان حاملگی در همسر این بیماران است و نتیجه گرفته است که واریکوسل سبب کاهش میزان باروری می‌گردد. اگر قبول نمائیم که واریکوسل بر باروری اثر می‌گذارد، بحث بعدی رابطه شدت واریکوسل و اثرات مخرب آن است، مطالعه Dubin and Amelar 1977 معتقد است که شدت واریکوسل اهمیتی ندارد و واریکوسل چه خفیف و نسیمه شدید اثرات مخرب یکسانی دارند. در حالیکه مطالعه اخیر steckel 1993 نشان می‌دهد که اگر واریکوسل شدید باشد، اثراتش بر کیفیت مایع منی بیشتر و شدیدتر است و بعد از عمل نیز میزان بهبودی اینها بیشتر از کسانی است که واریکوسل خفیف یا متوسط دارند. این بحث و گفتگو در خصوص واریکوسل‌هایی است که در کلینیک قابل لمس و تشخیص‌اند و گرنه بحث واریکوسل‌های subclinical بحث مجزائی می‌باشد. در زمینه تشخیص واریکوسل‌های کلینیکی معاینه فیزیکی بهترین روش تشخیص می‌باشد. اگرچه مطالعه سازمان بهداشت جهانی ۲۳٪ منفی کاذب و ۲۴٪ مثبت کاذب را با این روش نشان می‌دهد. در خصوص نحوه تشخیص و درمان واریکوسل‌های subclinical بحث و گفتگو زیاد است. مطالعه Me clure 1986 مدعی است که color Doppler در تشخیص این نوع واریکوسلها به اندازه ونوگرافی دقت دارد و پس از تشخیص با این روشها و درمان، سبب بهبود وضع مایع منی می‌شود (Kendoh 1993). در خصوص نحوه اثر واریکوسل به نظر می‌رسد که هیپرترمی بیضه‌ها ناشی از واریکوسل بهترین توجیه برای اثرات مخرب این بیماری باشد. اختلالات محور هیپوفیز-هیپوتالاموس-گناده، ارتباط خفیفی در بعضی از بیماران دارد. ولی مشخص نیست که آیا واریکوسل از این راه اثرات خود را اعمال می‌کند، یا این اختلالات خود ناشی از اثرات مخرب واریکوسل است.

### قابل توجه همکاران مراکز ART

به استناد رأی صادره در یکصدویست و چهارمین نشست مورخ ۷۸،۴،۱۹ شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی با تأسیس مرکز تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی موافقت نهایی بعمل آمد.

دکتر محمد فرهادی  
وزیر

دکتر میرقاسم جعفرزاده

**درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART**  
**وضعیت فقهی - حقوقی تکنیک GIFT**  
**(قسمت پنجم)**

۱،۳،۲ لقاح مصنوعی اسپرم با تخمک زن بیگانه در شماره پیشین جایگاه فقهی تکنیک GIFT به منظور استفاده از تخمک همسر مردی با هدف باردار ساختن همسر دیگرش بررسی شد و نشان داده شد که عمل مزبور علی الاصول فاقد منع شرعی است. در بخش پایانی شماره پیشین پرسش دیگری مطرح شد و آن اینک: استفاده از تخمک زنی بیگانه چه وضعیتی دارد؟ آیا بر فرض جواز تزریق تخمک متعلق به زنی بیگانه به رحم زنی دیگر، فراهم ساختن امکان لقاح مابین آن و اسپرم متعلق به شوهر زن صاحب رحم جایز است یا خیر؟ به منظور تعیین وضعیت شرعی این فرض، همانند فرض پیشین قابلیت شمول هر یک از ادله سابق نسبت به فرض مورد بحث ذیلاً بررسی می‌گردد.

۲،۳،۲،۱ عموماً قرآنی

چنانچه لزوم حفظ فرج یک حکم تعبدی محض می‌باشد علی‌الاصول لقاح مزبور و نگهداری تخمک لقاح شده در رحم تا تولد کودک بر زن صاحب رحم حرام خواهد بود، زیرا به موجب آیات مزبور فضای رحم زنان تنها محل پرورش جنین حاصل از تخمک خود زن و اسپرم شوهرش و یا حداکثر جنین متعلق به زن و شوهر قانونی است. (البته حرمت نگهداری مجوز اسقاط آن نیست بلکه صرفاً عملی است حرام). اما اگر وضع حکم مزبور به منظور حفظ نسب و تشخیص هویت پدر و مادر طفل متولد باشد، دلیلی بر حرمت لقاح مزبور وجود ندارد، بدلیل اینکه در فرض مزبور هم صاحب تخمک مشخص است و هم صاحب اسپرم. به عبارت دیگر مجرد لقاح اسپرم و تخمک زن و مرد بیگانه همانطوریکه سابقاً بیان شد، هیچ منع شرعی ندارد، خواه لقاح در فضای رحم باشد و یا خارج از رحم. آنچه ممکن است موضوع منع شرعی گردد تکون کودک مشتبه‌النسب در فضای رحم زن صاحب رحم است. در این فرض چنانچه تخمدان زن مزبور امکان تولید تخمک مناسب داشته و احتمال لقاح اسپرم تزریقی با تخمک مزبور باشد، ممکن است احتمال اختلاط میاه و اشتباه نسب و مالا" عدم احراز هویت والدین واقعی طفل متولد وجود داشته باشد. ولی چنانچه به لحاظ علمی زن مزبور فاقد تخمدان مناسب برای تولید تخمک باشد و یا قطع به عدم لقاح اسپرم با تخمک تولیدی زن صاحب رحم وجود داشته باشد، هیچ اشتباه و اختلاطی تحقق نخواهد یافت. جنین متکون مسلماً محصول لقاح اسپرم متعلق به شوهر صاحب رحم و تخمک زن اهداء کننده است.

۱،۳،۲،۲ اطلاقات روایی

علیرغم تردیدی جدی در شمول آیات ناظر بر حفظ فرج نسبت به فرض موضوع بحث، روایات مربوطه صراحت بیشتری دارد. همانطوریکه در بحثهای پیشین در مناسبتهای مختلف یادآوری شد، روایات مزبور،

پروستاگلائیدین بر روی عمل انتقالی لوله‌ها تأثیر می‌گذارد.

**تشخیص اصلی و نهایی اندومتریوز** با مشاهده ضایعات در لاپاروسکوپی و تأیید آن با بافت شناسی است. از آنجائیکه کانون‌های اندومتریوزی بشکل‌های مختلفی تظاهر می‌کنند، باید برای تأیید آن از تمامی نقاط مشکوک نمونه‌برداری انجام شود. روشهای دیگر تشخیص شامل: A-125 b سونوگرافی، MRI، CT-scan و IVP می‌باشد که هیچ کدام از دقت بسیار بالایی برخوردار نبوده و در موارد خاصی به تشخیص کمک خواهد کرد. در زمینه نحوه درمان اندومتریوز Mild و Minimal بررسی‌های مختلف انجام گرفته است.

در یک بررسی ۱۰ ساله، سه‌روش لاپاراسکوپی سیستمی، لاپاراتومی سیستمی و لاپاراسکوپی با Fenestration و الکتروکوتر در بیماران مقایسه گردیده و مشخص گردید که میزان عود توافتی نداشته ولی دستیابی به حاملگی در گروه کوتر شده سریع‌تر بوده است. همچنین در مقاله دیگری در سال ۱۹۹۸ دو روش Excision و کوتریزاسیون Patch های اندومتریوز مورد ارزیابی قرار گرفته و مشخص گردید که از بین بردن مناطق اندومتریوز توسط اکسیژون آسیب کمتری وارد نموده و کوتریزاسیون چسبندگی بیشتری به دنبال دارد. همچنین در مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۸ در مجله Fertil-Steril به چاپ رسیده است، بررسی بر روی ۳۳۱ بیمار ساله مبتلا به اندومتریوز Mild و Minimal انجام گرفته و بدون هیچ درمان خاصی میزان باروری در گروه مبتلا به اندومتریوز ۱۸/۲٪ و بدون اندومتریوز ۲۳/۷٪ گزارش شده که از نظر آماری معنی‌دار نیست. پاتوژن واقعی اندومتریوز هنوز بطور کامل شناخته نشده است. به نظر می‌رسد یک بیماری چند فاکتوری است که سیستم‌های فیزیولوژیک مختلف را درگیر می‌نماید. شواهد مختلف نشان می‌دهد که سیستم ایمنی همراه با فاکتورهای موضعی پری‌توتن در ایجاد این بیماری دخیل می‌باشد. نقش ماکروفاژها و مواد مترشحه از آن‌ها در پاتوفیزیولوژی این بیماری به بررسی بیشتر نیاز دارد. بخصوص بیشترین بحث و اختلاف نظر در زمینه درمان اندومتریوز Mild و Minimal و پیش‌آگهی عود آن و حاملگی با توجه به سن بالای بیماران و محدودیت زمانی جهت باروری آنها می‌باشد. امید آن می‌رود که با مطالعات و تحقیقات بیشتر در آینده نکات ابهام پاتوژن بیماری روشن گردد.

۱۷

**گردهمایی**  
**باروری و ناباروری**  
**Fertility & Infertility**  
**J. Club**  
موضوع: **Spinal Inj. & Infertility**  
ارائه دهنده: **دکتر سید امیر محسن ضیائی**  
زمان: **دوشنبه ۱۸/۵/۷۸ ساعت ۱۳:۳۰-۱۴:۳۰**  
بزرگراه شهید چمران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، مکان: **پژوهشده بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی**

بهرحال علیرغم شیوع بالای واریکوسل و انجام واریکوسلکتومی بعنوان شایعترین روش جراحی در درمان مردان نابارور هنوز نکات فراوانی در این زمینه وجود دارد که می‌بایست تحقیقات آینده آنها را نشان دهد. **گردهمایی هفته سوم** خرداد ماه با عنوان **" اندومتریوز و ناباروری "** در محل پژوهشگاه BIB برگزار گردید. سخنران جلسه **خانم دکتر فیروزه اکبری متخصص زنان و زایمان و نازایی و ریاست مرکز IVF بیمارستان میرزا کوچک خان** بود که خلاصه مطالب ایشان به شرح زیر می‌باشد:

اندومتریوز به وجود بافت و غدد اندومتر در خارج از محل اصلی (حفره رحم) اطلاق می‌شود. علیرغم گذشت بیش از یک قرن از کشف اندومتریوز، پاتوژنز و پاتوفیزیولوژی آن هنوز بطور کامل شناخته نشده است. در مورد اتیولوژی بیماری، تئوری‌های رایج عبارتند از: ۱- برگشت خون قاعدگی همراه با جایگزین شدن آن در مناطق مختلف (شایع‌ترین تئوری مورد قبول) ۲- متاپلازی سلولیک ۳- انتقال بافتهای اندومتر از طریق خون یا لنف. **سیستم ایمنی در اندومتریوز**: مطالعات مختلفی برای تعیین نقش سیستم ایمنی در پاتوژن اندومتریوز انجام گرفته است که نتایج آن بسیار متناقض است. یافته‌های زیر به ارتباط بین اندومتریوز و سیستم ایمنی هومورال و سلولی اشاره می‌کند.

۱- افزایش سلول‌های B و T در خون محیطی و در مایع پریتونئیم بیماران اندومتریوزی. ۲- آنتی‌بادیهای IgA و IgG بر علیه بافتهای اندومتر می‌توان در سرم، مایع صفاق، ترشحات سرویکس و واژن بیماران پیدا کرد. در برخی از مقالات به زمینه ژنتیکی ابتلا به اندومتریوز اشاره شده است، بطوریکه آگرایی از بستگان درجه اول به اندومتریوز مبتلا شده باشد خطر اندومتریوز ۷ برابر بیشتر می‌شود. مکانیسمهای احتمالی ایجاد ناباروری در اندومتریوز شامل:

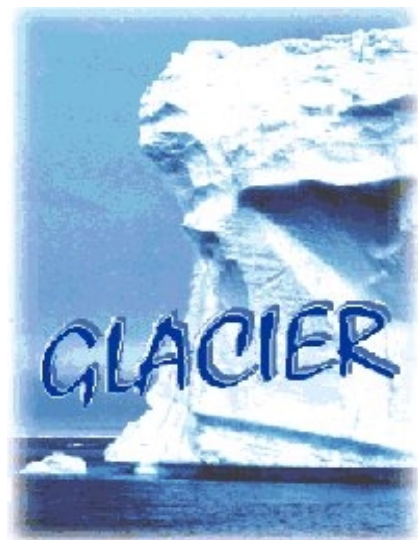
۱- اختلال مکانیکی: چسبندگی‌های ضخیم و سفید و فیروزه موجب اختلال در برداشت تخمک و انتقال آن به لوله‌های رحمی می‌شود و همچنین چسبندگی‌های سطح تخمدان مانع در معرض قرار گرفتن تخمک می‌شود. ۲- اختلال هورمونی و تخمک‌گذاری: ماکروفاژها ترشح پروژسترون را از سلول‌های گرانولوزا کاهش می‌دهند. همچنین تعداد آنها در پریوتن بیماران مبتلا به اندومتریوز افزایش می‌یابد. ۳- اختلال در لانه‌گزینی و امبریونز: بنظر می‌رسد پروستاگلائیدین موجب اختلال در لانه‌گزینی می‌گردد و مکانیسم احتمالی آن افزایش انقباضات رحمی و در نتیجه دفع جنین می‌باشد و همچنین سیتوکینها مثل اینترلوکین اثر نامطلوبی بر روی رشد جنین در محیط کشت دارد. ۴- اختلال در عمل اسپرم: مطالعات نشان می‌دهد که میزان اسپرم موجود در مایع پریوتن بیماران اندومتریوزی کمتر از بیماران بدون اندومتریوز بوده و عمل اسپرم تحت تأثیر مواد مترشحه از مونسیت‌ها و ماکروفاژهای فعال بوده، بعنوان مثال TNF- $\alpha$  اثر سوئی بر روی حرکت اسپرم دارد. ۵- اختلال در عمل لقاح: بیماران اندومتریوزی که تحت عمل IVF قرار می‌گیرند اغلب اووسیت غیرطبیعی دارند. علت احتمالی آن اختلال در عمل اووسیت می‌باشد. ۶- اختلال در عمل لوله: احتمالاً ترشح غیرطبیعی

مزبور را شامل نخواهد شد. در شماره های آتی ابعاد فقهی انتقال جنین به کمک تکنیک های ZIFT و IVF مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

## اخبار علمی

### گفتگویی پیرامون انجماد اووسیت و ملاحظات اخلاقی آن با دکتر Eleonora Porcu

خبر تولد اولین نوزاد حاصل از ICSI به کمک روش انجماد اووسیت، توسط خانم دکتر Eleonora Porcu در سال ۱۹۹۷ منتشر گردید. وی اولین فردی است که در زمینه انجماد و ذوب تخمک فعالیت نموده است. در این گفتگو دکتر Porcu در خصوص انگیزه فعالیت، و تکنیکهای مورد استفاده به بحث می پردازد.



#### - فعالیت شما در زمینه انجماد اووسیت از چه زمانی آغاز شد و چرا؟

اواخر دهه ۱۹۸۰ بود که آشکار شدن فواید ذخیره و انجماد اووسیت نسبت به روش انجماد جنین و نیز وجود مشکلات تکنیکی و کلینیکی انجماد اووسیت، ما را بر آن داشت تا در این زمینه فعالیت کنیم. دلیل اصلی، مزایای اخلاقی ذخیره تخمک نسبت به جنین می باشد.

#### - در این زمینه با چه مشکلاتی مواجه بوده اید؟

اساسی ترین مشکل، در انتخاب بهترین روش انجماد، تعیین معیار صحیح بقاء اووسیت، آنالیز دقیق میزان انجماد و ذوب و انواع مواد محافظتی در انجماد میباشد. در آغاز بعلا پیچیدگی تکنیک یادگیری و وجود مواعی همچون Cumulus در اطراف اووسیت، میزان بقاء اووسیت اندک بود.

#### - بر چه اساسی تصمیم گرفتید که آزمایش تجربی روی حیوانات را متوقف و کار را بر روی نمونه های انسانی ادامه دهید؟

مرحله بررسی روی انسانها از زمانی آغاز گردید که مقدمات کار و همچنین اقدامات قبل از انجماد با درصد اعتماد بیش از ۴۰٪ در روی حیوانات حاصل گردید. یکی از مهمترین پیشرفتهای تکنیکی که از نظر افزایش میزان موفقیت حائز اهمیت است، تعدیل روش IVF

پیوند خانواده نمی گردد بلکه چه بسا موجب تقویت و استحکام خانواده های موجودی می گردد که بدلیل محرومیت از نعمت فرزند پایه های آن و در معرض فروپاشی قرار می گیرد.

#### ۲- دیدگاه موافقان تکنیک GIFT

تاکنون با دیدگاه مخالفان آشنا شدیم و نشان دادیم که گرچه عمده گفتگو و نوشته های فقیهان مخالف، پیرامون تکنیک IUI به منظور تزریق اسپرم مرد بیگانه به رحم زنی دیگر است ولی تطبیق آن ادله بر تکنیک GIFT هم قابل بحث است. طی چند نوشته پیشین قابلیت شمول ادله مزبور بر فروع متعدد تکنیک GIFT طرح و نشان داده شد که فرض بحث انگیز تزریق تخمک زنی بیگانه با شوهر صاحب رحم است و در میان دلایل استنادی هم تنها روایات قابل توجه اند ولی آیات و قاعده احتیاط و لزوم تأمین نظر شریعت در تشریح ازدواج نمی توانند دلیلی قابل اعتماد بر منع تکنیک مزبور در فرض مزبور گردند.

اینکه لازم است مروری بر دیدگاه موافقان هم داشته باشیم. موافقان در ضمن اندک نوشته ها و اظهار نظرهای خویش بیشتر به جواز تکنیک IUI اشاره کرده و توجه چندانی به تکنیک GIFT نشان ندادند. مع ذلک، با ملاحظه استدلالهای آنان و قرائتی که از ادله استنادی مخالفان ارائه داده اند می توان دیدگاه آنان را نسبت به این تکنیک هم بدست داد. همانطوریکه در رابطه با تکنیک IUI به تفصیل نشان داده شد، به اعتقاد این گروه از فقیهان اولاً هیچیک از عناوین محرم در شرح بر فرآیند تزریق تخمک زنی دیگر و لقاح آن با اسپرم شوهر زن صاحب رحم در فضای رحم صادق نیست و بدین ترتیب موضوع مشمول اصل حلیت و اباحه شده و منع آن فاقد وجهت فقهی است. ثانیاً دلایل مورد استناد در رابطه با تکنیک IUI در اینجا هم کاربرد ندارد، زیرا اساساً آیات ناظر بر حفظ فروج هیچ ارتباطی با بکارگیری تکنیکهای ART نداشته، بلکه ناظر بر حفظ فروج از تماس با غیرو بهره برداری جنسی دیگری و یا حفظ از نگاه دیگران است. به عبارت دیگر موضوع لزوم حفظ فروج مجرد ورود اجزاء ژنتیکی نیست، بلکه ورود آن به غیر طریق شرعی است. در حالیکه غیر شرعی بودن تکنیکهای نوین پزشکی اول کلام است. روایات هم صرف نظر از اینکه سندپاره ای از آنها غیر قابل اعتماد است، به لحاظ دلالت از موضوع بحث انصراف دارد. عباراتی نظیر "افراغ الماء فی امرأه حراماً"، "تضییع النطفه ولو وضعه ایها فی غیر موضعها" و "اقرار النطفه فی رحم یحرم علیه" نه شامل تزریق اسپرم مرد بیگانه به کمک تکنیک IUI و نه تزریق تخمک زنی دیگر به کمک تکنیک GIFT به رحم زن فاقد تخمک می شود. مضافاً بر این، لسان پاره ای از روایات ناظر بر تزریق اسپرم مرد بیگانه است و نه تخمک. علیهذا، دلیلی بر شمول این روایات نسبت به فرض مزبور وجود ندارد. بر فرض هم روایات دیگر عام باشد ولی وقتی تزریق اسپرم مرد اجنبی مجاز باشد به طریق اولی تزریق تخمک زن بیگانه جایز خواهد بود، زیرا در فرض اول حداقل به زعم برخی شائبه زنا است در حالیکه در فرض مزبور چنین شبهه ای هم قابل تصور نیست. قاعده احتیاط و لزوم تأمین نظر قانونگذار اسلام در تشریح ازدواج هم، همانطوریکه در ضمن تبیین نظریه مخالفان نشان داده شد، فرض

بنابر قرائت آن گروه از فقیهانی که مفاد آنها را مطلق و شامل ورود اجزاء ژنتیکی به فضای رحم زن از طریق تکنیکهای نوین پزشکی می دانند، شامل فرض مزبور می شود زیرا، چنانکه اشاره شد، ملاک تحریم مستفاد از روایات مزبور یا مجرد تزریق جزء ژنتیکی متعلق به غیر و یا لقاح اسپرم و تخمک زن و مرد بیگانه در فضای رحم است. به موجب روایات مزبور رحم زن تنها محل تکون کودک از طریق اجزاء ژنتیکی متعلق به زن و مرد واجد رابطه زوجیت قانونی است.

گرچه روایات مزبور بیشتر ناظر بر مردان و نتیجتاً اجزاء ژنتیکی متعلق به آنان است ولی ملاک منع مجرد ورود اسپرم متعلق به مرد بیگانه به فضای رحم زن نیست، بلکه مبنای حرمت یا تزریق اسپرم مرد بیگانه در شرایطی که امکان لقاح با تخمک زن باشد و یا نفس لقاح اسپرم و تخمک متعلق به زن و مرد فاقد رابطه زوجیت در فضای رحم است. مجرد وجود پیوند زوجیت فی مابین صاحب اسپرم و صاحب رحم، بنابراین قرائت از روایات، حرمت لقاح را زایل نمی سازد، زیرا آنچه موضوع حرمت است لقاح اسپرم و تخمک متعلق به زن و مرد بیگانه در فضای رحم است. بر این اساس، چنانچه اسپرم و تخمک تزریقی از طریق تکنیک GIFT در فضای لوله رحم زن صاحب رحم با یکدیگر لقاح نمایند، زن صاحب رحم مرتکب فعل حرام شده و نگهداری جنین مزبور در رحم شرعاً حرام است.

۱،۳،۲،۳ قاعده احتیاط و مغایرت با اغراض تشریح ازدواج در خصوص قاعده احتیاط به کرات یاد آور شدیم که قاعده مزبور در رابطه با مسائل زناشویی و پیوند خانوادگی و تولید فرزند بر مبنای یک ملاک قابل درک استوار است. ملاک لزوم احتیاط شناسایی نسب طفل و پدر و مادر واقعی او و جنبه های روانی و عاطفی مربوط به طفل و والدین اوست. بر این اساس چنانچه به هنگام بکارگیری تکنیک GIFT به منظور تزریق تخمک متعلق به زنی بیگانه امکان اشتباه لقاح اسپرم شوهر با تخمک غیر مشخص باشد، بدیهی است جنین حاصل مشتبه بوده و نسب او نامعین خواهد بود و در نتیجه ضایعات روانی و عاطفی ناشی از ابهام پیوند نسبی کودک با والدین واقعی او قابل توجه خواهد بود. اما چنانچه زن صاحب رحم فاقد تخمک باشد چنین لوازم و توابع نامطلوبی مطرح نبوده و علیهذا احتیاط فاقد مینا و ملاک شرعی خواهد بود.

از آنجا که تکنیک GIFT به منظور تزریق تخمک غیر در آنجایی بکار می رود که با آزمایشگاههای متعدد عدم تولید تخمک توسط تخمدان زن صاحب رحم ثابت می شود، علیهذا بکارگیری تکنیک مزبور به منظور تزریق تخمک زنی بیگانه بر مبنای قاعده احتیاط منعی نداشته و دلیلی برای لزوم احتیاط در این خصوص احساس نمی شود.

به نظر می رسد قاعده مغایرت با اغراض شریعت در تشریح ازدواج و توصیه به نکاح هم در این فرض غیر قابل انطباق بوده و دلیلی بر ممنوعیت فرض مزبور نخواهد شد، چه آنکه همانطوریکه سابقاً یادآوری شد، ملاک قاعده مزبور جلوگیری از فروپاشی بنیان خانواده و تشویق افراد به ازدواج است در حالیکه تجویز استعمال تکنیک مزبور نه تنها موجب فروپاشی بنیان و

آنها معتقدند که با استفاده به موقع و سریع از لاپاراسکوپ می‌توان از بروز موارد پارگی لوله ممانعت نمود.

Ref: A.J of OB&Gyn 180:938- 944, 1999

### اثر کلونینگ بر طول عمر دالی

بر اساس گزارشات دریافتی از مجله Nature بنظر می‌رسد که "دالی" گوسفند حاصل از کلونینگ، از نظر کروموزومی با گوسفندان طبیعی هم‌تای خود تفاوت دارد.

دکتر Paul Shiels و همکارانش در موسسه Roslin انگلستان، محلی که دالی متولد گردید، اظهار می‌دارد که تلومرهای کروموزوم (قطعات انتهایی کروموزوم که در فرایند پیرشدن نقش اساسی دارند) در دالی نسبت به گوسفندان هم‌سن و طبیعی بطور معنی‌داری کوتاه‌تر است. با وجود این، هنوز تأثیر کوتاه‌شدگی تلومر بر طول عمر این حیوان آشکار نشده است. دالی از سلول پستانی گوسفند ماده ۶ ساله کلون شده است و بر اساس نظر دکتر Shiels کوتاهی طول تلومر آن، با سن بافت پستانی اولیه، مطابقت دارد.

مرسوم به تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسم اووسیت (ICSI) می‌باشد روش اخیر باعث بهبودی چشمگیر میزان موفقیت و همچنین دست یابی به حاملگی و تولد نوزاد زنده گردیده است.

چگونه بیماری‌رانی را نخستین بار انتخاب نمودید؟ این روش اولین بار برای حفظ تخمک‌خانمهایی انتخاب گردید که همسران آنها نمی‌توانستند در طی سیکل نمونه تهیه کنند و بنابراین اتخاذ روش ICSI بعلت شکست قبلی باروری ضروری بنظر می‌رسید. بدنبال اولین موفقیت غیرمنتظره، تصمیم به برنامه‌ریزی یک آزمایش کلینیکی برای انتخاب بهترین شرایط ارزیابی اثرات انجماد تخمک گرفتم.

در این مرحله بیماران داوطلب جوانتر از ۳۸ سال، بدون سابقه قبلی شکست در IVF، با حداقل ۱۰ اووسیت بالغ و خوب را انتخاب نمودم. تمامی اووسیت‌ها فریز شدند. مراحل ذوب و ICSI نیز در سیکل بعدی انجام گردید و پس از آماده سازی اندومتربا هورمون، انتقال جنین صورت گرفت.

در حال حاضر نتایج شما چگونه است؟ بدنبال ارزیابی بیش از ۱۰۰ سیکل درمانی، میزان بقاء اووسیت ۵۵٪، لقاح ۶۰٪، حاملگی ۱۷٪ می‌باشد و تولد ۱۱ کودک سالم تأییدی بر سلامت این روش است.

آیا انجماد اووسیت می‌تواند جایگزین انجماد جنین شود؟

به عقیده من انجماد اووسیت می‌تواند جایگزین انجماد جنین شود. در مرکز ما این روند آغاز گردیده است و امیدواریم که بزودی روش انجماد جنین حذف گردد.

پیشرفت روش انجماد اووسیت با توجه به استفاده از محلولهای دیگر مانند محیط کشت کولینی چگونه خواهد بود؟

در حالیکه میزان لقاح تقسیم سلول و حاملگی حاصل اووسیت های منجمد شده با اووسیت های تازه مشابه است، تنها عامل محدود کننده تکنیک فوق، مدت زنده ماندن گامتها می باشد.

### حاملگی خارج از رحمی و نقش آن در ناباروری

بر اساس مطالعات گروهی از پژوهشگران فرانسوی، پارگی لوله متعاقب حاملگی خارج از رحمی نمی‌تواند منجر به کاهش شانس حاملگی داخل رحمی شود. دکتر Nadin Job-Spira به همراه تیم خود، ۸۴۹ حاملگی خارج از رحمی را که در سالهای ۱۹۹۶-۱۹۹۲ ثبت گردیده، بررسی نمودند. میزان پارگی لوله در این جمعیت ۱۸٪ بود. (مجله A.J of OB&Gyn)

همچنین آنها فاکتورهایی مانند عدم جلوگیری از بارداری، سابقه آسیب لوله و ناباروری بخصوص در زنانیکه متحمل تحریک تخمک‌گذاری گردیده‌اند را در بروز حاملگی خارج از رحمی موثر یافتند. به اعتقاد نویسندگان این مقاله، میزان حاملگی رحمی جمععی، بطور معنی‌داری پس از حاملگی خارج رحمی کاهش نمی‌یابد. اما بهر حال شیوع حاملگی داخل رحمی در زنان مسن‌تر از ۳۵ سال، وجود سابقه ناباروری، آسیب دیدگی لوله بعلت حاملگی خارج از رحمی قبلی، کمتر می‌باشد.

### فراخوان مقاله سومین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری

#### «عفونت و ناباروری»

به یاری خداوند متعال سمپوزیوم عفونت و ناباروری با مجوز اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی توسط پژوهشکده BIB و انجمن اورولوژی ایران در نیمه اول آبان ماه ۷۸ برگزار می‌گردد. از اساتید و پژوهشگران ارجمند دعوت می‌گردد تا خلاصه مقالات و تحقیقات خود را حول محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۸،۶،۳۱ به آدرس پژوهشکده ارسال فرمایند.

#### ۱- عوامل عفونی در ناباروری مردان و زنان

علل میکروبی، PID, Venereal disease, TB, ...

#### ۲- تشخیص آزمایشگاهی

۳- درمان جراحی، آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف، ART

#### ۴- نقش عفونت در نتایج ART

تأثیر سلولهای التهابی و عفونتهای دستگاه تناسلی، روشهای بهبود نتایج ART در حضور عفونتها و سلولهای التهابی

### فراخوان مقاله چهارمین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری

#### «غدد درون‌ریز و ناباروری»

سمپوزیوم غدد درون‌ریز و ناباروری توسط پژوهشکده BIB و با همکاری مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم در نیمه دوم زمستان ۷۸ برگزار می‌گردد. از علاقمندان دعوت می‌گردد تا خلاصه مقالات و تحقیقات خود را در محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۸،۹،۳۱ به آدرس پژوهشکده ارسال فرمایند.

#### محورهای پیشنهادی سمپوزیوم:

1. Principles of Reproductive Endocrinology
2. Hyperprolactinemia (in Male & Female)
3. Anovulation
4. Luteal Phase Defect
5. Aging Ovary
7. Hypogonadotropic Hypogonadism in Male
8. Thyroid Disorders & Reproduction

### بولتن تولید مثل و نازایی

پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی، جهاد دانشگاهی

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه

شهید بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۴۶۳۱-۱۹۳۹۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: RBIBR@yahoo.com

### قابل توجه همکاران مراکز ART

بر اساس مصوبه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور فصلنامه باروری و ناباروری

توسط پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی، جهاد دانشگاهی

بزودی منتشر می‌شود

محققان طول تلومر را در سلولهای گرفته شده از دالی و دو گوسفند دیگر که محصول کلونینگ و هم سن دالی بودند، اندازه‌گیری کرده و با طول تلومرهای حاصل از گوسفند هم‌سنی که بطور طبیعی متولد شده بود مقایسه کردند و دریافتند که طول تلومر در هر سه گوسفند کلون شده کوتاه‌تر از گوسفند معمولی بود. بهر حال دانشمندان معتقدند هنوز تأثیر اندازه تلومر بر روی سن فیزیولوژیکی حیوان کلون‌شده دقیقاً مشخص نگردیده است.

Ref: Nature, 399:316, 1999

### نقش اسپری‌های استنشاقی در بروز گنوره‌آ

گروهی از پژوهشگران کانادایی، تأثیر نوعی اسپری استنشاقی را در ممانعت از تجمع باکتریهای مولد گنوره‌آ در واژن موش ماده نشان داده‌اند.

نتایج این تجربه در نشست سالانه انجمن میکروبیولوژی آمریکا مطرح گردید. این واکنش استنشاقی که از اجزاء باکتری مولد گنوره‌آ تهیه می‌شود می‌تواند از انتقال گنوره‌آ جلوگیری کند. بر اساس نظر آنها، واکنش‌های تزریقی بعلت عدم توانایی در ایجاد آنتی‌بادی بر روی سطح مخاط واژن (سد دفاعی اولیه، مانع از اتصال باکتری به موکوس) در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری‌چندان موثر نبوده‌است. محققین کانادایی به کمک اسپری‌های استنشاقی خود توانستند، مدت کلونیزاسیون باکتری‌ها در واژن را بیش از ۵۰ درصد کاهش دهند.