

متخصصان شاخه‌های علوم انسانی مرتبط با مسئله، استقبال چندانی از این امر نشان نداده بوده‌اند. اما در حال حاضر با استقبال گسترده همکاران دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بستر مناسب جهت تحقق این امر مهم فراهم و اینک با کمال خرسندی، مجدداً به اطلاع کلیه همکاران علوم زیستی - انسانی می‌رسد که این سمپوزیوم در اسفندماه سال جاری به مدت دو روز در شهر کرمانشاه و مشترکاً توسط پژوهشکده ابن‌سینا و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با محورهای ذیل برگزار خواهد شد.

- ۱- اندیکاسیونهای سقط جنین شامل: سلامت مادر، نقایص جنینی، حاملگیهای ناخواسته و کاهش تعداد جنینها در لقاح خارج رحمی
- ۲- وضعیت موجود: آمارها و چشم‌اندازها
- ۳- عوارض بهداشتی سقط جنین
- ۴- سقط جنین در نظام حقوقی ایران
- ۵- سقط جنین از منظر فقه عامه و شیعه
- ۶- سقط جنین از منظر فلسفه اخلاق
- ۷- سقط جنین از منظر ادیان شناخته شده در قانون اساسی ایران
- ۸- جنبه‌های مردم شناختی و جامعه شناختی سقط جنین

علیرغم طبع بحث انگیز و اختلافی بودن موضوع، به ظاهر مواضع قانونی، مذهبی و عکس‌العملهای اجتماعی قاطع و حاکی از قطعیت داوریه و ختم گفتگوهاست.

این گردهمایی در صدد است تافضای مناسبی برای اجتماع متخصصین از رشته‌های مختلف پزشکی و بهداشتی از یک سو و صاحب‌نظران مذهبی، اخلاقی، جامعه‌شناسی، روانشناسی و حقوق از سوی دیگر فراهم و در پرتو این تعامل چند سویه موضوع از ابعاد مختلف مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته و نتیجه آن در اختیار سیاستگذاران بهداشتی و قانونگذاران کشور قرار گیرد. بدین وسیله از کلیه صاحب‌نظران ذیربط دعوت می‌شود تا با حضور فعال در این فراخوان عمومی بر غنا و عمق مباحثات علمی مسئله افزوده و ما را در این امر یاری نمایند.

نهمین شماره فصلنامه علمی-پژوهشی
باروری و ناباروری پژوهشکده ابن‌سینا
منتشر شد.

پیگیری آن احساس شد. این امر به چند دلیل بوده است. نخست اینکه با وجود اینکه در اکثر جوامع سقط جنین یکی از مسائل مهم و بحث‌انگیز محافل مختلف علمی، اجتماعی و فرهنگی است، اما مع‌الوصف کمتر پیرامون آن نوشته و یا سخن گفته می‌شود. به تحقیق می‌توان گفت که گفتگوها همانند خود موضوع معمولاً مخفیانه و بدور از دید عموم انجام می‌گیرد. دوم اینکه علیرغم طبع بحث انگیز و اختلافی بودن موضوع، به ظاهر مواضع قانونی، مذهبی و عکس‌العملهای اجتماعی قاطع و حاکی از قطعیت داوریه و ختم گفتگوهاست.

با وجود اینکه در اکثر جوامع سقط جنین یکی از مسائل مهم و بحث‌انگیز محافل مختلف علمی، اجتماعی و فرهنگی است، اما مع‌الوصف کمتر پیرامون آن نوشته و یا سخن گفته می‌شود.

شاید به همین دلیل بوده است که تا کنون هرچه به نحو پراکنده نوشته و یا گفته شده است، با پیش فرض ممنوعیت و مذمومیت مسئله در همه شرایط بوده است. سوم اینکه محافل علمی و بویژه

به نام آنکه عقل را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

یکی از سرفصلهای مهم رسالت پژوهشکده ابن‌سینا طرح مسائل علمی نو با هدف فراهم‌ساختن بستر مناسب جهت تعامل فیما بین رشته‌های مختلف علوم زیستی و انسانی است. این امر با برگزاری نخستین سمپوزیوم تخصصی تحت عنوان «جنبه‌های فقهی و حقوقی اهداء تخمک و جنین» در سال ۷۷ آغاز و با برگزاری سمپوزیوم فراگیر دیگری تحت عنوان «جنبه‌های روانشناختی باروری و ناباروری» در سال ۸۰ تداوم یافت. این دو نشست تجربه ارزشمندی برای این مرکز تحقیقات بدنبال داشت و موجب تقویت این ایده شد که این نحوه تعاطی دیدگاهها را توسعه داده و با طرح موضوعاتی فراگیرتر زمینه گفتگو فیما بین رشته‌ها و تخصصهای متنوع‌تری را فراهم نماید.

یکی از سرفصلهای مهم رسالت پژوهشکده ابن‌سینا طرح مسائل علمی نو با هدف فراهم‌ساختن بستر مناسب جهت تعامل فیما بین رشته‌های مختلف علوم زیستی و انسانی است.

با این هدف گروه حقوق بیوتکنولوژی ناباروری و اخلاق پزشکی پژوهشکده ابن‌سینا در جستجوی طرح موضوعی از این دست مسئله سقط جنین را به عنوان نقطه ثقل تعامل رشته‌های مختلف علوم زیستی و انسانی پیشنهاد نموده است. طرح این مسئله که به تعبیر یکی از نویسندگان سوئیدی در اکثر جوامع «تابو» نام گرفته است فراز و نشیبهایی داشته است. در اواسط سال پیش فراخوان مقاله این سمپوزیوم برای فصل پائیز سال جاری اعلام گردید ولی در اواخر سال ایده جانشین ساختن سمپوزیوم دیگری با عنوان جنبه‌های حقوقی و اخلاقی بیوتکنولوژی طرح و هم اینک مجدداً فکر نخست احیاء و ضرورت

ژورنال کلاب

Drug abuse & Infertility

شخصت و هشتمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن سینا تحت عنوان Drug abuse & Infertility توسط خانم مهناز حیدری، عضو هیأت علمی پژوهشکده ابن سینا، گروه غدد تولیدمثل در تاریخ ۱۱/۳/۶ در محل پژوهشکده برگزار گردید که خلاصه آن به شرح زیر می باشد:

پیشرفتهای چشمگیری که امروزه در علوم و تکنولوژی صورت گرفته، کیفیت و طول عمر افراد را افزایش داده است. ولی در کنار این پیشرفتها، شمار زیادی از عوامل فیزیکی، شیمیایی، دارویی و بیولوژیک حاصل باعث آسیب به سیستم تولیدمثل در زنان و مردان شده است. دسته‌ای از فاکتورهای مؤثر در ایجاد ناباروری شامل شیوه‌های زندگی (نوع تغذیه، سوء استفاده دارویی)، بیماریهای دستگاه تولیدمثل (اختلالات ساختمانی، فیزیولوژی و هورمونی) و فاکتورهای محیطی می باشند، که در اینجا اثرات سوء استفاده دارویی بر سیستم تولیدمثل را مورد بررسی قرار می دهیم.

علت سوء استفاده از داروها و یا برخی از مواد شیمیایی، لذت قابل پیش بینی از تأثیر دارو بر سیستم اعصاب مرکزی می باشد، که در افراد ایجاد وابستگی روانی، وابستگی فیزیکی و تحمل دارویی می کند.

سوء استفاده دارویی (drug abuse) مصرف یک داروی غیرمجاز یا مصرف بیش از حد یا غیر پزشکی یک داروی مجاز است. علت سوء استفاده از داروها و یا برخی از مواد شیمیایی، لذت قابل پیش بینی از تأثیر دارو بر سیستم اعصاب مرکزی می باشد، که در افراد

ایجاد وابستگی روانی، وابستگی فیزیکی و تحمل دارویی می کند. اثرات بیولوژیک داروها روی سیستم تولیدمثل براساس تعداد دفعات، مدت و مقدار مصرف دارو و همچنین مکانیسم‌های بیوشیمیایی و اثرات روانی ناشی از آن اتفاق می افتد. این داروها از طریق اثر بر روی سیستم اعصاب مرکزی (CNS) سبب تغییر فعالیت‌های مغزی و روانی شده و با قرارگیری در انتهای اعصاب باعث مهار و یا تشدید ایمپالس‌های تحریکی از مغز به عضلات می شوند و اثرات جانبی ناشی از آنها بر ارگانهای بدن و سیستم تولیدمثلی در طی مدت مصرف دارو آشکار می شود. داروهایی که مورد استفاده سوء قرار می گیرند شامل:

کوکائین سبب مهار باز جذب نورآدرنالین در انتهای پایانه‌های عصبی می شود و در بی حسی موضعی، ایجاد اعتماد به نفس کاذب و سرخوشی کاذب به کار می رود که سبب وابستگی روانی می شوند.

FSH، LH، پروژسترون و استروژن، کاهش اسپرماتوژنز و مهار ترشح تستوسترون می شوند. بنزودیازپین‌ها نیز از طریق تسهیل و یا تشدید فعالیت مهارتی گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) در CNS و اعصاب محیطی سبب تأخیر در تخمک گذاری، مهار ترشح LH، FSH، پرولاکتین، پروژسترون و استروژن، توقف اسپرماتوژنز، آتروفی پروستات، کاهش میل جنسی می گردند. همچنین سوء استفاده در مصرف الکل به عنوان داروی آرامبخش سبب مهار ترشح LH، کاهش استروژن، عدم تخمک گذاری، کوتاه شدن فاز لوتئال، آمنوره، آتروفی تخمدان، ژنیکوماستی، افزایش پرولاکتین، آتروفی پروستات و بیضه، کاهش میل جنسی، تأخیر در بلوغ و تولید اسپرم، کاهش تستوسترون و آپوپتوزیس می شود.

ب) تحریک کننده‌های اعصاب مرکزی: این گروه از داروها بعنوان محرک برای ایجاد انرژی جهت بالابردن قدرت بدنی ورزشکاران و نیروهای نظامی، کاهش افسردگی‌های خفیف، کاهش اشتها برای کوتاه مدت مورد سوء استفاده دارویی قرار می گیرند از این گروه آمفتامین سبب آزاد شدن نور آدرنالین از زیگولهای ذخیره موجود در اعصاب آدرنرژیک شده و همچنین سبب افزایش بازجذب دوپامین از انتهای اعصاب پری سیناپتیک می شود. سوء استفاده از این دارو سبب افزایش پرولاکتین،

۷۰

گردهمایی باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: استفاده از بروموکریپتین در پروتکل‌های تحریک تخمک گذاری

سخنران: دکتر سهیلا عارفی

تاریخ: دوشنبه ۸۱/۴/۳ ساعت ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، اوبن، دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

تضعیف کننده‌های اعصاب مرکزی (بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها، الکل)، تحریک کننده‌های اعصاب مرکزی (آمفتامین، کوکائین و کافئین)، توهم‌زها (کانابینوئیدها، مسکالین، LSD، اسکوپولامین)، اوپیوئیدها (مرفین، هروئین، متادون)، مواد استنشاقی (حلالهای رنگ، تولوئن، گزین، استیرن) و استعمال دخانیات است که بطور خلاصه اثرات سوء استفاده دارویی بر روی سیستم تولیدمثلی نر و ماده به شرح ذیل است:

الف) آرامبخش‌ها و ضد اضطراب‌های قابل دسترس عمدتاً بوسیله تجویز و یا بدون تجویز پزشک، مورد سوء استفاده قرار می گیرند. به علت اثرات آرامبخش و ضد اضطرابی آنها بدون اینکه فرد بداند، به آن دارو اعتیاد پیدا می کند. عوارض

پرفوزیون تخمدان در طی مطالعات داپلر: در سال ۱۹۸۵ اولین مطالعات داپلر روی عروق تخمدان گزارش شد. مقاومت عروق تخمدان در طی سیکل قاعدگی کاهش یافته و در میدلوتال به حداکثر می‌رسد. مقاومت جریان خون در استرومای تخمدان و در کورپوس لوتئوم ۴ روز قبل از تخمک‌گذاری (اولاسیون) تا ۴ روز قبل از شروع سیکل قاعدگی کاهش می‌یابد. جریان خون داخل فولیکول تقریباً یک روز قبل از پاره‌شدن فولیکول افزایش یافته و تا حداقل ۳ روز پس از تشکیل کورپوس لوتئوم ادامه می‌یابد. افزایش جریان خون تخمدان بدلیل آنژیوژنز می‌باشد بطوریکه در ابتدای سیکل هنگام انتخاب فولیکول و تخمدان غالب شروع می‌گردد. افزایش تدریجی در جریان خون بدلیل افزایش سطح استروژن ادامه یافته و افزایش واضح جریان خون در مرحله پیش از تخمک‌گذاری بدلیل افزایش سطح پروژسترون داخل فولیکول در این مرحله می‌باشد. در این مرحله به خوبی نشان داده شده که پروژسترون در سرم خون محیطی (قبل از تخمک‌گذاری) افزایش می‌یابد.

بنظر می‌رسد بیمارانیکه PSV بیشتر در عروق استرومای تخمدان دارند، جریان خون داخل تخمدان بیشتر می‌باشد. بنابراین با یک دوز مشابه گنادوتروپین خارجی، پاسخ

در طی مطالعات دکتر نورگاند Norgand، ارتباط قوی بین PSV (Peak Systolic Velocity) و تعداد جنینهای طبیعی و افزایش میزان لانه‌گزینی دیده شده است. در صورت $PSV \geq 10$ cm/s احتمال داشتن جنین عالی و افزایش موفقیت لانه‌گزینی بسیار بالا می‌باشد. بنظر می‌رسد بیمارانیکه PSV بیشتری در عروق استرومای تخمدان دارند، جریان خون داخل تخمدان بیشتر می‌باشد. بنابراین با یک دوز مشابه گنادوتروپین خارجی، پاسخ بیشتری می‌دهند. لذا بنظر می‌رسد با پیشرفت داپلر روشن‌شدن جزئیات دقیق‌تر آن، بتوان دوز مورد نیاز گنادوتروپین را برای هر فرد مشخص نمود.

پژوهشکده ابن‌سینا، گروه غدد تولیدمثل در تاریخ ۱۱/۳/۲۰ در محل پژوهشکده برگزار گردید که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد:

افزایش تدریجی در جریان خون بدلیل افزایش سطح استروژن ادامه می‌یابد و افزایش واضح جریان خون در مرحله پیش از تخمک‌گذاری بدلیل افزایش سطح پروژسترون داخل فولیکول در این مرحله می‌باشد.

در سالهای اخیر، ارزیابی عروق لگنی توسط سونوگرافی داپلر بخش مهمی از مطالعات سونوگرافی شده است. اساس فیزیک داپلر، ارزیابی تغییرات فرکانس امواج صوتی در حین حرکت عضو هدف می‌باشد. معمولاً ارزیابی تغییرات امواج صوت ناشی از حرکت خون در عروق مورد نظر می‌باشد.

بطور کلی مطالعات جریان خون روی شریانها انجام می‌گیرد. هر شریان بزرگ در بدن FVW (Flow Velocity Wave) مخصوص به خود دارد. در شریانهای بزرگ مثل شریان ایلیاک خارجی در حین دیاستول فرکانس دیده نمی‌شود. ولی سرعت بالا در انتهای دیاستول high end diastolic velocity در شریانهای کوچک مثل شریان رحمی و تخمدانی دیده می‌شود.

در داپلر سه نوع اندکس ارزیابی می‌گردد.

۱-نسبت سیستول به دیاستول (S/D)

۲-اندکس مقاومت (RI)

۳-اندکس ضربانی (PI)

در بین سه اندکس بالا، PI یا اندکس ضربانی کاربرد بیشتری دارد زیرا بیشترین ارتباط را با حجم خون در جریان دارد و حتی در مواردیکه سرعت دیاستولی نداریم و یا معکوس شده است نیز کاربرد دارد.

قبلاً از سونوگرافی شکمی استفاده می‌شد ولی بدلیل نیاز به مثانه پر و افزایش فاصله بین پروب و عروق مورد مطالعه و نیز ناراحتی بیمار از مثانه پر در حین مطالعه و نیز احتمال تداخل جریان ادرار در مثانه با مطالعات فوق، امروزه از سونوگرافی واژینال استفاده می‌شود.

افزایش FSH، LH، عدم تخمک‌گذاری، بی‌نظمی در سیکل ماهیانه، آتروفی پروستات و بیضه، کاهش میل جنسی، ژنیکوماستی می‌گردند. کوکائین سبب مهار باز جذب نورآدرنالین در انتهای پایانه‌های عصبی می‌شود و در بی حسی موضعی، ایجاد اعتماد به نفس کاذب و سرخوشی کاذب به کار می‌رود که سبب وابستگی روانی می‌شوند. سوءاستفاده از آن منجر به کاهش LH و پروژسترون، عدم تخمک‌گذاری، یائسگی زودرس، افزایش میل جنسی الیگواسپرمی و ناباروری می‌شود.

ج) توهم‌زاهها: سردسته آنها حشیش، عصاره گیاه شاهدانه است که برای کاهش فشار داخل کره چشم، اثر ضدتهوع، افزایش فشارخون، عدم تمرکز، سرخوشی استفاده می‌شود. کاربرد طولانی مدت آن سبب بی‌نظمی در سیکل ماهیانه، مهار ترشح LH، FSH و پرولاکتین، سقط، ژنیکوماستی و الیگواسپرمی می‌گردد.

د) اویپوئیدها: شامل مرفین، هروئین، متادون و داروهای سنتتیک دیگر، که این مواد علاوه بر اثرات سوء بر جنین در حال رشد، در افراد بالغ با اثر بر ترشح هورمونهای هیپوفیز و هورمونهای جنسی سبب کاهش LH، GnRH، عدم تخمک‌گذاری، عدم لانه‌گزینی، آتروفی رحم و تخمدان، آمنوره، کاهش تستوسترون، آتروفی بیضه می‌شوند.

ه) استعمال دخانیات: این مواد اثرات نامطلوبی بر سلامت انسان دارد و اثرات آن بر قدرت باروری یکی از مشکلات بهداشتی است که آگاهی افراد نسبت به این اثرات ناچیز می‌باشد و استفاده از آن سبب کاهش LH، FSH، کاهش پرولاکتین، کاهش تولید استروژن، عدم تخمک‌گذاری، اختلالات تخمدانی، کاهش لانه‌گزینی، یائسگی زودرس، الیگواسپرمی و تأخیر در باروری می‌گردد.

اولتراسوند داپلر و کاربرد آن در ناباروری

شخصیت و نهمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن‌سینا تحت عنوان اولتراسوند داپلر و کاربرد آن در ناباروری توسط خانم دکتر افسانه محمدزاده، عضو هیأت علمی

افراد با پاسخ بالای تخمدان، در خطر بالائی برای OHSS می‌باشند. به علاوه این افراد خطر بالائی برای اختلال در لانه‌گزینی دارند که علت آن، اثر مخرب سطح بالای استروژن روی پذیرش اندومتر می‌باشد.

پروتکل:

Long GnRH-a HMG/HCG

- ۱- مصرف OCP از روز سوم سیکل قبل از سیکل تحریک، به مدت ۲۱ روز
- ۲- تزریق زیرجلدی Leuprolide acetate، به میزان ۰/۵ میلی‌گرم روزانه، ۱۵ روز بعد از شروع OCP و ادامه آن همراه با OCP
- ۳- سونوگرافی واژینال پس از شروع قاعدگی برای رد کیست تخمدان بالای ۱۲ میلی‌متر
- ۴- تزریق عضلانی HMG به میزان ۳۰۰-۱۵۰ واحد روزانه بصورت دوز منفرد در عصر همزمان با تزریق زیرجلدی Leuprolide acetate به میزان ۰/۲۵ میلی‌گرم روزانه و ادامه آن تا زمان تزریق HCG
- ۵- سونوگرافی واژینال و اندازه‌گیری E₂ از روز چهارم سیکل تحریک و تغییر دوز دارو با بررسی رشد فولیکولها و افزایش E₂ سرم
- ۶- کاهش دوز HMG بمیزان ۱۵۰-۷۵ واحد زمانی که ۴ فولیکول به قطر بیش از ۱۲ میلی‌متر برسد
- ۷- تزریق HCG مانند پروتکل‌های قبلی (۵۰۰ تا ۱۰۰۰ واحد عضلانی وقتی که فولیکول غالب به ۲۰ میلی‌متر رسیده باشد)

محققان برای استفاده از GnRH-a طولانی اثر (لوپروراید استات فرم Depot)، به میزان ۳/۷۵mg، یک دوز عضلانی برای ۴ هفته، علاقه زیادی نشان می‌دهند. قابل استفاده بودن GnRH-a طولانی اثر برای کوتاه مدت (۳ هفته)، یا طولانی مدت (۴ ماه) برای Down regulation در بررسی‌های تصادفی و آینده‌نگر مطالعه شده است. GnRH-a طولانی اثر با مهار عمیق‌تر تخمدان همراه است و لذا نیاز به

استفاده در این موارد استرادیول والرات بمیزان ۱mg در روز برای ۲۱ روز به مدت سه سیکل بود. با این روش درمانی، بهبود واضح در میزان حاملگی بدنبال بهبود جریان خون رحمی (قابل ارزیابی بوسیله سونوگرافی داپلر) دیده شد. ولی در ۱۰٪ موارد، علیرغم این درمان، بهبود دیده نشد. برای این منظور از استروژن دوز بالا (مشابه دوز مصرفی استروژن در زنانیکه از جنین منجمد شده استفاده می‌کنند) داده شد و در تمام موارد بهبود جریان خون دیده شد. با توجه به نتیجه این درمان مشخص شد که جریان ضعیف خون رحم می‌تواند یک علت شکست در IIVF مکرر می‌باشد. سن بیمار و جراحی قبلی برای حاملگی خارج رحم علل شناخته شده پرفوزیون ضعیف رحم می‌باشد. دیده شده است که آسپرین با دوز کم (۱۰۰ میلی‌گرم در روز) منجر به کاهش واضحی در PI شریان رحمی، افزایش در تعداد فولیکولها و اووسیت‌ها، افزایش میزان لانه‌گزینی و حاملگی می‌گردد. لازم به ذکر است که قبل از درمان روتین با داروهای مذکور مطالعات دقیق‌تری لازم است. بنابراین سونوگرافی داپلر بسرعت بعنوان مهمترین ابزار غیر تهاجمی در ارزیابی بیماران، پاسخ به درمان و تعیین پیشگویی موفقیت لانه‌گزینی، توجهات متخصصین علم ناباروری را به خود معطوف کرده است. امید است در آینده نزدیک توسط مطالعات دقیق‌تر و وسیع‌تر داپلر، موارد ابهام در بلوغ اووسیت و لانه‌گزینی جنین حل گردد.

مقاله تخصصی

پروتکل‌های تحریک تخمک‌گذاری

(۳)

دکتر سهیلا عارفی متخصص زنان و زایمان، عضو هیأت علمی پژوهشکده ابن‌سینا، گروه غددتولیدمثل

همانطور که در شماره قبل اشاره شد پروتکل زیر شایعترین پروتکلی است که در افراد با پاسخ نرمال به کار می‌رود.

پرفوزیون اندومتر و ساب اندومتر: شریان رحمی اولین عروقی بود که در ارتباط با لانه‌گزینی جنین مطالعه شد. پرفوزیون رحم در پاسخ به افزایش سطح استروژن در طی فاز فولیکولار افزایش و در فاز قبل از تخمک‌گذاری بدلیل کاهش استروژن کاهش می‌یابد و در طی فاز لوتئال در پاسخ به اثر استروژن و پروژسترون مجدداً افزایش می‌یابد. در روز انتقال جنین در بیمارانیکه حامله می‌شوند در مقایسه با آنهاییکه حامله نمی‌شوند بطور واضح PI پایین‌تر است. در طی مطالعات مختلف PI بین ۱-۱/۹۹ بعنوان low PI یا PI پایین، ۲-۲/۹۹ بعنوان PI متوسط و ≥ 3 بعنوان high PI یا PI بالا در نظر گرفته می‌شود. در گروه PI بالا هیچ مورد حاملگی دیده نشده است.

۷۱

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: **Recent Changes and the Future of Fertility in Iran**
تحولات اخیر و آینده باروری در ایران
سخنران: **دکتر محمد جلال عباسی**

تاریخ: **دوشنبه ۱۷/۴/۸۱** ساعت ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

مکان: **بزرگراه شهید چمران، بوین، دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده ابن سینا (بیوتکنولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)**

در مطالعه روی ۹۵ بیمار که ضخامت اندومتر بالای ۱۰ میلی‌متر در روز تزریق HCG داشتند، مشاهده شد که EPDA زیر ۲mm² بطور واضحی با میزان لانه‌گزینی کمتری همراه است. EPDA منطقه‌ای از اندومتر است که دارای سرعت جریان خون بالای ۵cm/s می‌باشد. قدرت پیشگویی آینده لانه‌گزینی، پیش از تزریق HCG اجازه می‌دهد که تا درمان جریان خون رحمی، تزریق HCG را به تأخیر بیندازیم.

در موارد تکرار شکست IIVF، علیرغم انتقال جنین خوب، مطالعات داپلر اهمیت زیادی دارد. علی‌رغم تغییرات اندوکرین طبیعی، پرفوزیون ناکافی رحمی در ۵۰٪ موارد دیده شده است، درمان مورد

می‌شود. Tortoriello و همکارانش به صورت گذشته‌نگر افراد با درجه پاسخ بالای تخمدان را با Coasting و بدون Coasting مقایسه کردند. بیماران با سطح E_2 بالای 3000 pg/ml در زمان تزریق HCG مختار بودند که HCG دریافت کنند و یا HCG را تا زمان کاهش E_2 بمیزان $3000-3999 \text{ pg/ml}$ نگه دارند، Coasting روی نتایج سیکل اثر منفی نداشت و خطر OHSS نیز افزایش نیافت. برای بیمارانی که E_2 بالای 4000 pg/ml دارند. Coasting از OHSS ممانعت خواهد کرد. در صورتیکه این بیماران مدت طولانی روی Coasting باشند بر لانه‌گزینی اثر منفی می‌گذارد.

GnRHa ممکن است مانع استروئیدوزن تخمدان شود. برای افزایش فعالیت گنادوتروپین‌های داخلی، باید مکملهای مهارکننده کاهش یابند یا حذف شوند.

۳-انجماد و نگهداری جنین و انتقال در سیکل تحریک نشده

انتخاب دیگر برای افراد با پاسخ بالای تخمدان که E_2 بالای 3000 pg/ml دارند، انجماد جنین و انتقال آن در سیکل بعدی بدون درمان هورمونی می‌باشد. این روش ممکن است از OHSS زودرس ناشی از تزریق HCG خارجی جلوگیری نکند، اما OHSS دیررس، به علت افزایش HCG ناشی از حاملگی را مهار می‌کند. پذیرش اندومتر در سیکل پس از درمان هورمونی بهتر از سیکل تحریک شده می‌باشد. البته این انتخاب زمانی مناسب و همراه با نتایج خوب حاملگی و تولد زنده خواهد بود که با دسترسی و استفاده از برنامه‌های انجماد مناسب جنین همراه باشد.

F. تحریک کنترل شده تخمدان برای

افراد با پاسخ پایین تخمدان

همانطور که قبلاً اشاره شد پروتکل‌های تحریک تخمدان برای افراد با پاسخ ضعیف تخمدان استفاده از افزایش همزمان گنادوتروپین‌های داخلی و خارجی برای افزایش تعداد فولیکول‌های رسیده می‌باشد. این پروتکل‌ها باعث

حداکثر E_2 با پروتکل استاندارد، حدود 5000 pg/ml می‌باشد در حالیکه در پروتکل Accelerated Step Down حدود $1919-577 \text{ pg/ml}$ می‌باشد. میزان متوقف شدن پروتکل در روش Accelerated Step Down $17/5\%$ می‌باشد زیرا بعضی از بیماران به آستانه لازم برای تعدیل دوز نمی‌رسند. این باعث تعجب نیست زیرا بیماران مختلف آستانه‌های متفاوتی دارند. انتخابهای درمانی برای بیماران با پاسخ بالای تخمدان یکی از روشهای زیر می‌باشد.

۱- Step Down تغییر یافته

برای بیماران با پاسخ تخمدان بالا پاسخ درستی برای تحریک کنترل شده معمولاً وجود ندارد. لذا بهتر است که اصل یافتن یک آستانه برای رشد فولیکول و برقراری سطح تحریک تا 4 فولیکول بالای 12 میلی‌متر و سپس کاهش دوز تا سطحی که فولیکول‌های تحریک شده به رسیدگی برسند را کنار بگذاریم. هر زن فرد مجزایی است و باید روش تحریک منفرد و منحصر به فرد خود را داشته باشد و کنار گذاشتن اصل بالا مهمترین نتایج را خواهد داد.

پروتکل‌های تحریک تخمدان برای افراد با پاسخ ضعیف تخمدان استفاده از افزایش همزمان گنادوتروپین‌های داخلی و خارجی برای افزایش تعداد فولیکول‌های رسیده می‌باشد.

از آنجایی که این بیماران تخمک‌گذاری ندارند. پروتکل‌هایی که از درمان قبلی با OCP استفاده گردد، GnRH+ocp (HCG+FSH+long) Down regulation بهتر و Withdrawal (خونریزی پس از قطع) دارو بهتری را قبل از شروع تحریک خواهند داشت.

۲-Coasting

همیشه نمی‌توان از تحریک بیش از حد تخمدان (که با سطح استروژن بالای 3000 pg/ml همراه است) قبل از زمان تزریق HCG جلوگیری کرد. برای کاهش موربیدیته، Coasting جهت کاهش تحریک بیش از حد تخمدان پیشنهاد

گنادوتروپین بالا می‌رود. به علاوه Devreker و همکارانش کاهش لانه‌گزینی و حاملگی را، که به دلیل کاهش کیفیت جنین و کاهش پذیرش اندومتر می‌باشد را با فرمهای طولانی اثر ذکر کرده‌اند. Fabreques و همکارانش نیز هیچ بهبودی را در میزان حاملگی با Down regulation طولانی مدت ذکر نکرده‌اند.

E. تحریک کنترل شده تخمدان برای افراد با پاسخ بالا

افراد با جواب بالای تخمدان، در خطر بالایی برای OHSS می‌باشند. به علاوه این افراد خطر بالایی برای اختلال در لانه‌گزینی دارند که علت آن، اثر مخرب سطح بالای استروژن روی پذیرش اندومتر می‌باشد. Simon و همکارانش مطالعه آینده‌نگری را با گروه کنترل انجام دادند که در این مطالعه پروتکل Accelerated Step Down باعث کاهش سطح E_2 (تولید) شده و باعث افزایش احتمال حاملگی و میزان لانه‌گزینی در مقایسه با پروتکل استاندارد Step Down می‌شود ($2/64\%$ و $3/29\%$ در مقایسه با $2/24\%$ و $5/9\%$).

در پروتکل Accelerated Step Down، leuprolide Acetate به میزان 1 mg در فاز لوتئال سیکل قبل از سیکل تحریکی شروع شده همراه با تزریق عضلانی HMG به میزان 300 واحد روز اول سیکل تحریک که به تدریج در روزهای ۵-۲ به 225 واحد، 150 واحد، 150 واحد و $112/5$ واحد کاهش می‌یابد و تحریک تا زمانی که شرایط برای تزریق HCG فراهم شود (با بررسی E_2 و سونوگرافی واژینال) ادامه پیدا می‌کند. پروتکل استاندارد شامل Down regulation GnRH-a یا leuprolide Acetate با شروع در میدلوتئال سیکل قبل از سیکل تحریک است. تحریک با FSH/HMG، 300 واحد، از روز اول و دوم سیکل تحریک شروع می‌شود و به 150 واحد روز سوم تا پنجم کاهش می‌یابد و پس از آن براساس شرایط فرد تنظیم می‌شود.

انتخاب دیگر برای افراد با پاسخ بالای تخمدان که E_2 بالای 3000 pg/ml دارند، انجماد جنین و انتقال آن در سیکل بعدی بدون درمان هورمونی می‌باشد.

Greco معتقد است این نتایج مشابه میزان حاملگی با انتقال روین تازه در این مرکز می‌باشد. به برکت این تکنیک تا بحال بیش از ۱۰۰ نوزاد سالم متولد شده‌اند. این پیشرفت علمی در شب قبل از شروع بحث مجلس ایتالیا در مورد گذراندن قانون توقف کلیه آزمایشات روی رویان از جمله انجماد رویان حاصل شد.

اخبار کنفرانسها

6th International Congress on the Cell Biology of Reproduction 3 Jul - 6 Jul 2002, Cambridge, United Kingdom

Contact: Congress Secretariat PO
Box 3219 Barnes London SW 13
9XR UK
Email: meetings@obgyn.cam.ac.uk

8th Conference of the Alps Adria Society for Reproductive Immunology Weimar, Thuringe, Germany Sep 7-10, 2002

Phone: +49-3641-933763
Fax: +49-3641-933764
Email: aasir@med.uni-jena.de

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:

دکتر محمد رضا صادقی، دکتر معرفت غفاری،

دکتر سهیلا عارفی، شمیمه اسکندری

همکاران اجرائی:

ناصر رحیمی، معصومه عباس مقدم، ابوالفضل علیزاده

طراحی روی جلد: حسن خطائیان

گستره توزیع: سراسر کشور

ترتیب انتشار: ماهنامه

روش: خبری، آموزشی

این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد،

انتقاد سازنده اعلام آمادگی می‌نماید. علاقمندان می‌توانند

نقطه نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی

انتهای بلوار، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵ تلفن:

۲۴۰۲۰۱۱ و ۲۴۱۸۷۴۱-۳، فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

E-mail: Journals@avesina.org

Web site: http://www.avesina.org

خبر علمی

تکنیکی جهت ترمیم رویانهای آسیب دیده در اثر انجماد

دانشمندان ایتالیایی تکنیکی را ابداع کرده‌اند که با افزایش میزان لانه‌گزینی رویانهای منجمد شده، امیدوی تازه به زوجهای تحت درمان IVF می‌بخشد. دکتر Ermanno Greco عضو مرکز پزشکی تولیدمثل در بیمارستان اروپایی رم در شماره June سال ۲۰۰۲ ژورنال «Fertility and Sterility» گزارش نمود که موفقیت تکنیک وی برای احیاء مجدد رویانهای منجمد شده، به اندازه استفاده از رویان تازه خواهد بود. وی معتقد است که نگهداری در حالت انجماد این امکان را فراهم می‌آورد تا بتوان رویانهای اضافی حاصل از تکنیکهای تولیدمثل آزمایشگاهی را نگهداری نمود و به پزشکان نیز این اجازه را می‌دهد تا در یک سیکل درمانی تعداد کمتری رویان داخل رحم بکارند و با اینکار شانس حاملگی چند قلوبی کاهش می‌یابد.

به نظر وی بسیاری از کلینیکهای ناباروری از رویانهای منجمد شده بخاطر احتمال ضعیف لانه‌گزینی استفاده نمی‌کنند. براساس یافته‌های Greco علت این شکست تا حدی مربوط به وجود سلولهای مرده‌ای بنام بلاستومرهای نکروزه می‌باشد که بر اثر یخ‌زدن و آب‌شدن آسیب دیده‌اند. این تکنیک جدید رویانهای نسبتاً آسیب دیده را که یک روز قبل از انتقال رویان آب شده‌اند، با برداشتن بلاستومرهای نکروزه بهبود می‌بخشد. سلولهای آسیب دیده از طریق سوراخ ریزی که توسط لیزر در لایه خارجی رویان ایجاد می‌شود بیرون کشیده می‌شوند. خارج کردن بلاستومرهای نکروزه از رویانهای منجمد و آب‌شده که نسبتاً آسیب دیده‌اند قبل از انتقال به رحم باعث ایجاد حاملگی در ۷/۴۵٪ موارد شد. در حالی که در گروه شاهد که بلاستومرهای نکروزه از رویانهای آسیب دیده مشابه، خارج نشده‌اند، میزان حاملگی ۱/۱۷٪ بود.

کاهش مهار گنادوتروپین داخلی با Down regulation و یا افزایش ترشح گنادوتروپین می‌شود. انتخابهای درمانی برای این افراد عبارتند از:

۱-توقف long GnRHa در پروتکل HCG/HMG-long GnRHa

GnRHa ممکن است مانع استروئیدوزن تخمدان شود. برای افزایش فعالیت گنادوتروپین‌های داخلی، باید مکملهای مهارکننده کاهش یابند یا حذف شوند. عدم ادامه پروتکل‌های long GnRHa اولین بار بوسیله Corson و همکارانش به عنوان جایگزین این برنامه عنوان شد. این برنامه شامل قطع GnRH-a در زمان شروع تحریک با گنادوتروپین می‌باشد که باعث تحریک تخمدان توسط گنادوتروپین‌ها بدون وجود اثر مهارگری GnRH-a می‌شود. در دو مطالعه تصادفی و آینده‌نگر نشان داده شده است که این پروتکل به اندازه پروتکل long GnRH-a در مهار LH-Surge زودرس و لوتئینزاسیون زودرس مؤثر است. در مرکز پزشکی دانشگاه نبراسکا پزشکان پروتکل long GnRH-a را با پروتکل قطع GnRH-a جایگزین کرده‌اند تا افراد با درجه پاسخ ضعیف و درجه پاسخ طبیعی تخمدان را با نتایج عالی درمان کنند. اخیراً گروه Norfolk، ۲۲٪ نتایج حاملگی IVF را در افراد با پاسخ پایین تخمدان با پروتکل قطع GnRH-a همراه با دوز بالای گنادوتروپین ذکر کرده‌اند. آنها افراد با درجه پایین پاسخ را بصورت FSH روز سوم بالای ۹mlu/ml در یا افرادی که در برنامه قبلی تحریک تخمدان جواب کمی داده‌اند (E₂ کمتر از ۶۰۰ pg/ml) تعریف کرده‌اند. ادامه دارد

شماره ۱۰-۹ (بهار و تابستان ۱۳۸۰)
فصلنامه علمی - پژوهشی
اصول بهداشت روانی
به چاپ رسید

بهداشت روانی برای همه، همه برای بهداشت روانی
ISSN 1720-6118

فصلنامه علمی - پژوهشی
اصول بهداشت روانی
بهداشت روانی برای همه، همه برای بهداشت روانی