

# فصل اول

## مقدمه

**pdfMachine**

**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## ۱-۱- ناباروری<sup>۱</sup>:

ناباروری به معنای عدم توانایی برای بچه دار شدن، بعد از یکسال مقاربت بدون جلوگیری می باشد. حدود ۱۵-۱۰٪ زوجین در سنین باروری خود با این مشکل مواجه می باشند [ ۲ ] . عدم برخورد صحیح با مسئله ناباروری می تواند منجر به بروز مشکلات روحی، روانی و اجتماعی گردد. طیف وسیعی از عوامل زنانه و مردانه در ناباروری نقش دارند. حدود ۵۰٪ موارد ناباروری مربوط به فاکتورهای مردانه است و تقریباً ۱۵-۱۰٪ موارد ناباروری علت نامشخص دارد. علل ناباروری مردان شامل طیف وسیعی از عوامل وراثتی، هورمونی، محیطی، فیزیولوژیک، مواد سمی و دارویی را شامل می شود که سبب بروز علائمی شامل عدم تولید اسپرم، تعداد بسیار کم یا کیفیت بد اسپرم های تولید شده می گردد [ 3 ] .

### ۱-۲- تولید اسپرم:

تولید مثل جنسی، شامل الحاق گامت نر و ماده است . منشاء مشترک اسپرم و تخمک سلول های جنسی اولیه<sup>۲</sup> است. در انسان و سایر پستانداران، سلول های جنسی اولیه در حدود هفته پنجم جنینی از کیسه زرده مشتق می شوند و با مهاجرت خود از طریق آلتوتئیس به آندودرم روده خلفی رفته و به دنبال آن وارد مزانتز پشته شده و در نوارهای تناسلی موجود در سمت پشتی جنین جای می گیرند. طناب های جنسی در دوران جنینی شکل می گیرند، در جنس نر، هنگام تولد این طناب ها توپر بوده و دارای دونوع سلول جنسی و غیرجنسی می باشند. سلول های جنسی دارای هسته ای بزرگ و روشن به همراه یک یا چند هستک است که بزرگتر از سلول های غیرجنسی می باشند. این سلولها که اسپرماتوگونی<sup>۳</sup> نوع A خوانده می شوند از تقسیمات میتوزی سلول های جنسی اولیه بوجود می آیند و بر روی غشاء پایه طناب های جنسی<sup>۴</sup> قرار دارند ( شکل ۱-۱ ). سلول های غیر جنسی کوچک تر می باشند و در اوایل دوران جنینی تکثیر یافته و سلول های سرتولی<sup>۵</sup> (پشتیبان) را می سازند. با آغاز سن بلوغ، در پاسخ به سیگنال های هیپوتالاموسی، سرعت تکثیر و تمایز این سلولها بالا می رود و پس از مراحل، به اسپرم بالغ تبدیل می شوند.

مراحلی

1-Infertility

2- Primordial germ cells

3- Spermatogony

4- Sexual cord

5- Sertoli

که موجب تکثیر سلول های اسپرماتوگونی، میوز و تغییرات مورفولوژیک آنها و در نهایت تبدیل اسپرماتوگونی به اسپرماتوزوئید می شود در اسپرماتوزنز<sup>۱</sup> گویند [59].

### ۱-۳- مایع انزالی<sup>۲</sup>:

مایع انزالی انسان حاوی پلاسمای سمینال ، اسپرماتوزوئیدها و ترکیبات دیگر میباشد. حجم آن در افراد متغیر است . پلاسمای سمینال از ترشحات غدد لیتر<sup>۳</sup> ، وریکول سمینال، کوپر، پروستات، اپیدیدیم و آمپولا تشکیل شده است. در حین انزال اسپرم از انتهای اپیدیدیم و مجرای دفران با ترشحات غدد ضمام جنسی مخلوط می شود. ابتدا ترشحات غدد لیتر و کوپر، سپس ترشحات آمپول و اپیدیدیم تخلیه شده و سرانجام بخش اعظم مایع انزالی در انسان (حدود ۷۰٪) از ترشحات وریکول سمینال ترشح می شود. ترشح زرد رنگ و غلیظ وریکول سمینال حاوی مواد فعال کننده اسپرماتوزوئیدها مانند فروکتوز، سترات، اینوزیتول، پروستاگلاندین ها و چندین پروتئین و تعدادی عناصر معدنی و مواد آلی می باشد. پلاسمای سمینال بخش اعظم سیمین انسان را تشکیل می دهد. ترکیبات پلاسمای سمینال ممکن است در انقباض بافت های مجرای دستگاه تولید مثل زن و در نتیجه تسهیل انتقال اسپرم مؤثر باشد. مایع سیمین دارای  $PH=7/5$  است که علت آن ترشحات قلیائی پروستات است که علاوه بر خنثی کردن اسیدتیه مختصر مایعات سیمین، خاصیت قلیائی مختصری به آن داده و باعث ظاهر شیری رنگ آن می شود. مایع پروستات همچنین دارای آنزیم منعقد کننده است که با اثر بر فیبرینوژن موجود در مایع سمینال وریکول باعث شکل گیری لخته فیبرینی ضعیفی میشود که سیمین را در قسمت های عمقی واژن در مجاورت گردن رحم نگه می دارد و ظرف ۳۰-۱۵ دقیقه تحت تأثیر فیبرینولیزین حل می شود. هر چند نقش دقیقی برای پلاسمای سمینال شناخته نشده است ولی بعنوان محیطی برای انتقال اسپرم در دستگاه تناسلی مرد عمل میکند و همچنین شرایط قلیائی و غذائی برای زنده ماندن اسپرم در محیط اسیدی واژن فراهم مینماید [ 59 ] .

نمونه سیمین طبیعی ظرف ۶۰-۳۰ دقیقه در درجه حرارت اتاق به حالت محلول در می آید. در بعضی نمونه ها محلول شدن کامل در عرض ۶۰ دقیقه اتفاق نمی افتد. وجود تکه های موکوس یک عامل مهم در این امر است. لوله سیمین نرمال حاوی تکه هایی شبیه ژله می باشد (اجسام ژلاتینوز) که محلول ، مایع نمی شود. علت این امر به طور

1- Spermatogenesis

3-Litter Glands

2-Semen

کامل مشخص نیست. گاهی می توان به نمونه ای که مایع نمی شود موادی اضافه کرد مانند برومیلن یا پلاسمین که در این صورت برای آزمایش آماده می باشد [ 171 ].

### ۱-۳-۱- آنالیز مایع انزالی:

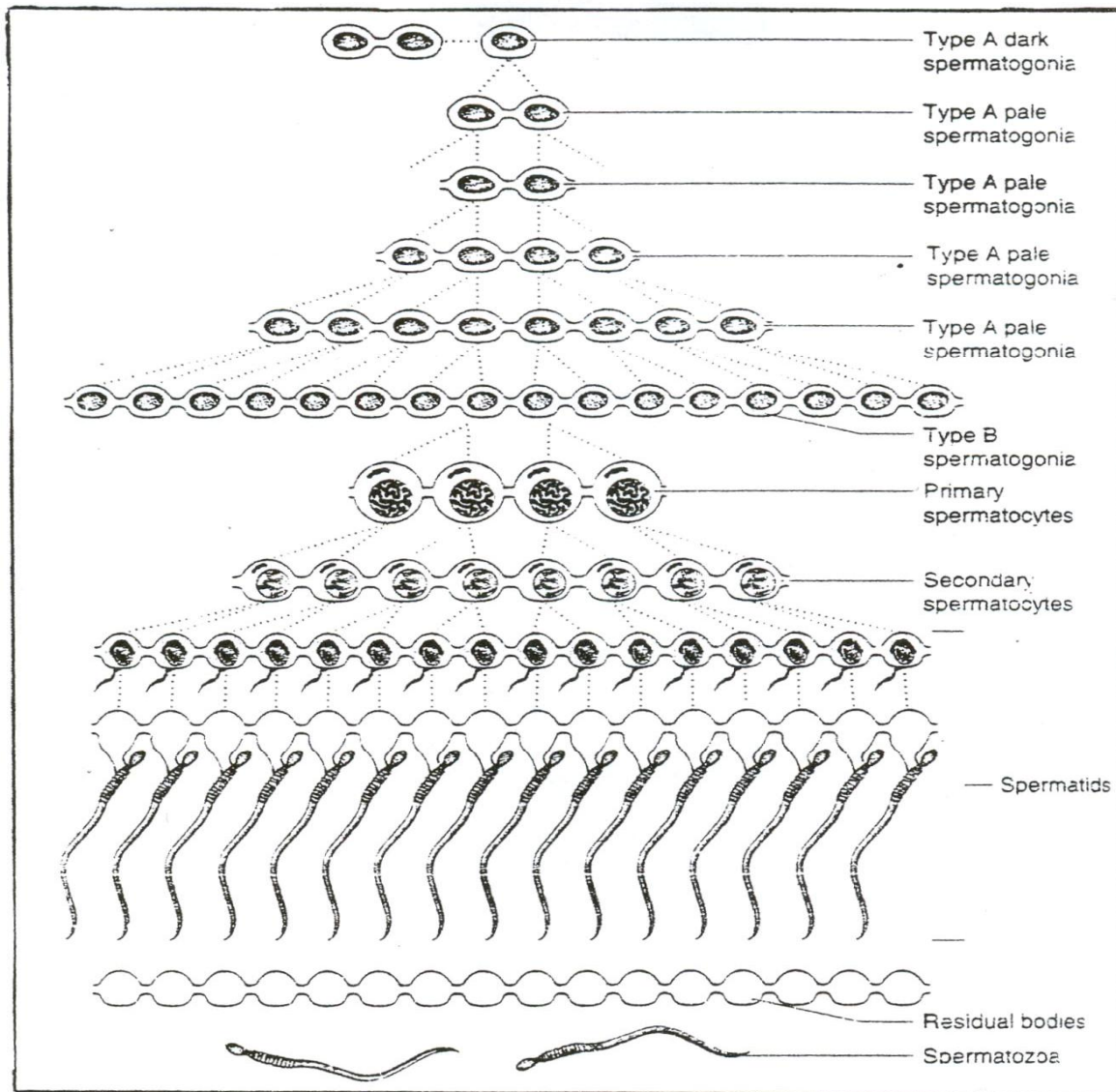
به علت عدم وجود یک تست آزمایشگاهی برای پیشگویی قطعی پتانسیل باروری در مردان ، آنالیزمایع انزالی (SA)<sup>1</sup> اولین تست مورد استفاده برای پیش بینی قدرت باروری مردان می باشد . قبل از گرفتن نمونه انزالی ، به بیمار آموزش داده می شود تا از عمل انزال به مدت ۲-۳ روز پرهیز نماید . هر چند اورولوژیستها ۵ روز را ترجیح می دهند . حجم مایع انزالی ، غلظت اسپرم و تعداد اسپرم ، بطور مداوم طی ۱۰ روز پرهیز جنسی افزایش می یابد . انزال مکرر ممکن است همراه با کاهش حجم مایع انزالی و کاهش تعداد کلی اسپرمهای متحرک باشد. در حالیکه انزال با دفعات کمتر ، با کاهش اسپرمهای دارای مورفولوژی طبیعی همراه بوده است [ 118 ] . سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>2</sup> استفاده از پروتکل استاندارد را جهت ارزیابی مایع سمینال پیشنهاد کرده و طبق این پروتکل ، هر نمونه از نظر پارامترهای میکروسکوپی و ماکروسکوپی مورد ارزیابی قرار می گیرد. برای انجام آنالیز، نمونه انزال افراد معمولاً به روش خود انزالی<sup>3</sup> جمع آوری می شود. این روش نمونه گیری نسبت به نمونه گیری سیمن از طریق مقاربت فواید زیادی دارد. از جمله می توان به اجتناب از تأثیر حرارت، تسریع در انجام تست وعدم آلودگی با ترشحات دستگاه تولید مثل زن اشاره کرد. حدود ۱۵٪ بیمارانی که از لحاظ پروتکل استاندارد WHO، نرمال و دارای اسپرموگرام<sup>4</sup> طبیعی هستند، یعنی مایع سیمن آنها از لحاظ ماکروسکوپی (سیالیت، ظاهر، حجم، ویسکوزیته و PH) و میکروسکوپی (تعداد اسپرم، تحرک، آگلوتیناسیون، مورفولوژی، میزان زنده بودن و حضور یا عدم حضور سلول های غیر اسپرمی) نرمال است، دارای مشکل ناباروری می باشند و بالعکس در مردان با آنالیز سیمن غیرطبیعی، موارد باروری هم مشاهده شده است. بنابراین آنالیزمایع سیمن برای شناسائی دقیق نقایص اسپرمی موجود در بیماران با فاکتورهای ناباروری مردانه کافی نیست و انجام تست های تکمیلی ضروری می باشد [ 118 ] .

1-Semen Analysis

2-World Health Organization

3-masturbation

4-Spermogram



شکل ۱-۱: تصویر منشاء دودمانی سلولهای زایای مرد .

فقط سلولهای اسپرماتوگونویای A بسیار ابتدایی ، سیتوکینز کامل دارند تا بتوانند جمعیت سلولهای بنیادی را تامین کنند . اما وقتی این سلولها ، مجموعه سلولهای بنیادی را ترک می کنند در هر تقسیم متوالی ، پلهای سیتوپلاسمی ، سلولها را به هم وصل می کنند تا وقتیکه اسپرمهای منفرد از اجسام باقیمانده جدا شوند . در واقع ، تعداد حقیقی سلولهای به هم پیوسته از آنچه در تصویر نشان داده شده بسیار بیشتر است .

جدول ۱-۱: خصوصیات میکروسکوپی نمونه انزال طبیعی مطابق با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۱۹۹۹/)

مقادیر نرمال	خصوصیات مورد نظر
۲ ml	حجم
۱۰ × ۲۰ یا بیشتر	غلظت اسپرم
۱۰ × ۴۰ اسپرم در هر انزال یا بیشتر	کل تعداد اسپرم
دارای ۵۰ درصد یا بیشتر حرکت (a+b) * یا دارای ۲۵ درصد یا بیشتر حرکت a در طی ۶۰ دقیقه پس از انزال	تحرك
دارای ۵۰ درصد یا بیشتر اسپرم زنده	قابلیت حیات
کمتر از ۱ × ۱۰ <sup>۶</sup> ml	سلولهای سفید
۳۰ درصد اسپرم دارای شکل طبیعی یا بیشتر	مورفولوژی

\* a: حرکت تند پیشرونده

b: حرکت آهسته پیشرونده

یکی از پارامترهای مهم آنالیز اسپرم مورفولوژی است [ 96 ] . در واقع استاندارد کردن مورفولوژی اسپرم روش بسیار مشکلی است ، زیرا طیف مورفولوژی بسیار وسیع است. طبقه بندی های زیادی در زمینه مورفولوژی اسپرم انجام شده که کار دشواری است. زیرا هر کدام طیفی از طبقه بندی استاندارد را مشخص می کند ، در زمینه مورفولوژی اسپرم دو سوال مهم مطرح می باشد: مورفولوژی نرمال کدام است؟ مورفولوژی غیر طبیعی چه تاثیری در قدرت باروری اسپرم دارد؟ تقسیم بندی قدیمی شکل طبیعی اسپرم ریاضی شکل معرفی می کند که دارای سر به ابعاد ۲/۵×۵ میکرون است و حدود ۷۰٪ قدامی سر توسط آکروزوم یکنواخت پوشانده شده، در ضمن دارای گردن سالم و بدون نقائص آناتومیکی با دم دراز و کشیده می باشد. ولی تقسیم بندی Strict بر مبنای تعداد اسپرم موجود در موکوس کانال اندروسرویکس بعد از نزدیکی استوار است [ 97 ] . برخی محققین دسته ای از اسپرم های یکنواخت را در کانال اندروسرویکس یافتند که از نظر بیولوژیکی برای باروری انتخاب شده بودند. محدوده های مورفولوژی طبیعی با مقایسه این اسپرمها با لقاح خارج رحمی مشخص شد. مورفولوژی فقط به عنوان یک اصل فرعی برای باروری تلقی می شود و یک عامل تعیین کننده باروری در مقابل ناباروری است . تمامی نمونه های سیمن دارای درصد خاصی از اسپرمهای غیر طبیعی هستند. ناهنجاریهای مورفولوژیک ممکن است شامل ناهنجاریهای سر ، قطعه میانی ، و یا دم اسپرم باشند . ناهنجاریهای سر اسپرم همراه با نازایی هستند. بیمارانی که بطور مداوم دارای کمتر از ۴۰ درصد اسپرماتوزوئید با مورفولوژی طبیعی هستند بعنوان افراد مبتلا به تراتوزوسپرمی<sup>۲</sup> در نظر گرفته میشوند. پیشنهاد کرده اند که مورفولوژی اسپرم ممکن است پیشگویی کننده لقاح موفقیت آمیز خارج رحمی باشد [ 144 ] . مورفولوژی اسپرم با قدرت باروری ارتباط دارد. ارزیابی مورفولوژی اسپرم یک شاخص حساس کیفیت اسپرماتوزنز و باروری است . وجود نقایص مورفولوژیکی می تواند با فعالیت نرمال اسپرم مغایرت داشته باشد. این نقایص میتواند در

1- Morphology

2-Tratozoospermia

جلوگیری از عبور اسپرم از موکوس سرویکس ، باند شدن اسپرم با زونا پلوسیدا و واکنش آکروزومی نقش داشته باشد . گاهی افراد با تعداد طبیعی اسپرماتوزوئید نابارور می باشند. درچنین حالتی گاهی دیده می شود که تا ۱۰۰٪ اسپرم ها از نظر مورفولوژی غیرطبیعی هستند . مثلاً:" داشتن دو سر، داشتن سر غیرطبیعی و یا دم غیرطبیعی دارند. در موارد دیگر اسپرم از نظر ساختمانی کاملاً طبیعی به نظمی رسد اما به دلایلی ، کاملاً بی حرکت یا نسبتاً بی حرکت است. هرگاه قسمت اعظم اسپرماتوئیدها از نظر شکل غیرطبیعی باشند و یا فاقد حرکت باشند، با وجودیکه اسپرماتوزوئیدهای شخص طبیعی به نظر می رسند ولی احتمال ناباروری وجود دارد. براساس مطالعات اپیدمیولوژی کمترین حد مورفولوژی طبیعی اسپرم برای حاملگی طبیعی ۳۰٪ در نظر گرفته می شود. اسپرماتوزوئید پستانداران مختلف از نظر شکل ظاهری با هم متفاوت می باشند. در همه پستانداران اسپرم از سه قسمت اصلی سر 1 ، بخش میانی 2 و دم 3 تشکیل شده است . هر سه قسمت توسط غشاء پلاسمائی پوشیده شده اند. غشاء پلاسمائی ساختمان پیوسته ای است که درانتقال مواد غذایی به داخل سلول نقش فعال دارد. قسمتی از غشاء پلاسمائی که سطح قدامی سراسپرم را می پوشاند درارتباط با واکنش آکروزومی عمل می نماید. این عمل بعد از ظرفیت یابی و قبل از نفوذ به ناحیه شفاف اطراف تخمک صورت می گیرد [ 86 ] . بخش عمده سر حاوی هسته با کروموزم های هاپلوئید است . هر کروموزوم حاوی DNA است که با پروتئین های پروتئین پیچیده شده است . پروتئین نقش عمده ای در تراکم DNA اسپرم دارد. این تراکم شدن باعث کاهش حجم اسپرماتوزوئید جهت تسهیل انتقال در دستگاه تناسلی ماده و به حداقل رسیدن آسیب به DNA اسپرم می شود. دو سوم جلوی سر اسپرم دارای ساختمان کلاهک مانندی به نام آکروزوم است که از دستگاه گلژی مشتق می شود. آکروزوم دارای آنزیم های هیدرولیتیکی از جمله هیالورونیداز ، اسید فسفاتاز و نورآمینیداز می باشد که برای انجام واکنش آکروزومی و جهت نفوذ اسپرم به پوشش خارجی محاط کننده دور تخمک



ضروری است. بخش میانی اسپرم حاوی میتوکندری است که  $ATP^1$  لازم برای حرکت دم و در نتیجه حرکت اسپرم و حفظ تعادل اسمزی را تولید می کند. در بخش دم که تاژک نامیده می شود نیروی حرکتی لازم برای رسیدن اسپرم به تخمک و نفوذ به داخل زونا پلوسیدا<sup>2</sup> را فراهم می کند. این تحرک ناشی از حرکات موجی شکل تاژک است که از انرژی بیوشیمیایی  $ATP$  حاصل می گردد و با تبدیل انرژی جنبشی باعث روی هم لغزیدن میکروتوبولهای موجود در تاژک و تحرک اسپرم شود [ 86 ].

### ۱-۲-۴- تحرک اسپرم:

یک پارامتر مهم در آنالیز مایع سیمن، تحرک اسپرم است که بصورت درصد اسپرمهای دارای تحرک پیشرونده در مایع انزال تعریف میشود. تحرک پیشرونده، در واقع با محاسبه حرکت سریع (a) به اضافه حرکت کند (b) به دست می آید. تعداد کل اسپرمهای متحرک، با محاسبه تحرک پیشرونده به اضافه حرکت غیر پیشرونده (در جا d) محاسبه می شود. WHO و اکثر آزمایشگاهها از تحرک ۵۰٪ بعنوان حد پایین طبیعی استفاده میکنند. با وجود این، انجمن تکنولوژی کمک باروری (ART)<sup>4</sup>، تحرکی به میزان ۴۰ درصد را به عنوان معیاری برای تعریف ناباروری ناشی از فاکتور مردانه قبول دارد. به این ترتیب حد پایین طبیعی، تغییرات بارزی را نشان می دهد و بستگی به تجربه آزمایشگاه منطقه دارد. بطور کلی مردان با تعداد اسپرم متحرک بیشتر از ۱۰ میلیون در هر میلی لیتر، نسبت به آنهایی که ۲ تا ۱۰ میلیون اسپرم در هر میلی لیتر دارند، میزان باروری بالاتری دارند. تحرک اسپرم ناشی از حرکات موجی شکل تاژک می باشد که از تبدیل انرژی بیوشیمیایی  $ATP$  به انرژی جنبشی ناشی می گردد و سبب روی هم لغزیدن میکروتوبولهای موجود در تاژک می شود. در اسپرماتوزوئیدهای انسان ناهنجاری های عناصر مختلف تاژک، باعث اختلال در تحرک می شود و بر اساس نقص در ساختمان آکسونم و یا پیش آکسونم<sup>5</sup> تقسیم بندی می شود. حرکت نفوذی اسپرم برای عبور از موکوس گردن رحم و نفوذ به لایه شفاف تخمک ضروری به نظر می رسد.

1-Adenosine three phosphate

4- Assisted Reproductive Technology

2-Zona plucida 3-

5- Preaxonem

Motility

اسپرم های حاصل از انزال دارای سرعت های مختلف بوده و تحت تأثیر فاکتورهای متعددی می باشد. مثلاً "اگر ویسکوزیته مایع سمینال زیاد باشد یا درجه حرارت محیط اسپرم کاهش یابد، تحرک اسپرم کاهش می یابد [ 123 ] .

رادیکالهای آزاد اکسیژن<sup>1</sup> (ROS) می تواند با آسیب به ساختمان تاژک سبب کاهش تحرک اسپرم شوند یا مثلاً " واریکوسل باعث افزایش حرارت کیسه بیضه شده و سبب کاهش اسپرماتوزن و تجمع ترکیبات فرعی متابولیک می شود که باعث کاهش بیشتر تحرک و افزایش مورفولوژی غیرعادی و کاهش عملکرد سلولهای بینابینی می گردد [ 4 ] .

[ با کمک روش های رنگ آمیزی مناسب مشخص شده که وجود اسپرمهای غیرمتحرک به مفهوم مرگ این سلولها نمی باشد. بدنبال مقاربت، اسپرمهای توان بین ۳-۱/۵ دقیقه پس از انزال، درموکوس گردن رحم جستجو کرد و حدود ۲ ساعت پس از مقاربت اسپرماتوزوئیدها خود را به لوله رحم می رسانند. از میلیون ها اسپرماتوزوئیدی که درواژن وجود دارند، تنها ۵۰۰۰-۱۰۰۰ عدد از آنها به تخمک می رسد و فقط یکی از آنها تخمک را بارور می کند [ 59 ] . کاهش تحرک اسپرم که با عنوان آستنوزواسپرمیا<sup>2</sup> خوانده می شود توسط عواملی ایجاد می شود که عبارتند از: واریکوسل<sup>3</sup>، عدم انزال طولانی مدت، ابنورمالی های بیوشیمیایی یا ساختمانی اجزای اسپرم و اپیدیدیم و آنتی بادیهای ضد اسپرم [ 115 ] . بسیاری از مراکز میزان تحرک اسپرم را طبقه بندی کرده اند که از بیحرکت تا حرکت سریع رو به جلو متغیر است [ 104, 150 ] . گرچه امروزه در آزمایشگاههای پیشرفته از تکنولوژی CASA<sup>4</sup> برای بررسی کلینیکی حرکت اسپرم استفاده می کنند اما روش مرسوم ، بررسی میکروسکوپی در آزمایشگاه است.

#### ۱-۴-۲-۱- درجه بندی تحرک اسپرم :

سازمان بهداشت جهانی (WHO) اسپرمها را از نظر تحرک به ۴ دسته تقسیم کرده است که شامل :

- (الف) حرکت سریع و پیش رونده در مسیر مستقیم ( نوع a )<sup>5</sup> : اگر اسپرمی چهار برابر اندازه سر به جلو حرکت کند ( حدود ۲۵ میکرو متر در ثانیه ) آن را دارای حرکت سریع میدانیم. ( اندازه سر اسپرم حدود ۴-۵ میکرون طول دارد ) .
- (ب) حرکت رو به جلو پیشرونده آهسته (نوع b)<sup>6</sup>: اگر اسپرم سریع از جلوی چشم ما دور نشود ، یعنی حدود ۱۵μm حرکت داشته باشد

1-Reactive oxygen species

2-Astenozoospermia

3-Varicocele

4-Computer-aided sperm analysis

5- Quick Progressive

6- Slow Progressive

دارای حرکت آهسته است.

ج) دارای تحرک اما بدون الگوی پیشرونده (نوع C)<sup>1</sup>: اگر اسپرم، متحرک باشد ولی هیچگونه پیشرفتی به جلونداشته باشد دارای حرکت درجا است.

د) فاقد تحرک<sup>2</sup> (نوع D): چنین اسپرمی ثابت است و هیچ حرکتی ندارد [150]

### ۱-۳-۴-۳- قابلیت حیات<sup>3</sup> اسپرم :

قابلیت حیاتی اسپرم و میزان هیپواسمولاریتی ، توسط ساختمان غشاء اسپرم و عملکرد آن تعیین میشود. اسپرم زنده با غشاء سالم اجازه عبور برخی رنگها مانند اتوزین و تریپان بلو را به داخل سیتوپلاسم نمیدهد. بنابر این در مقابل زمینه تاریک ، سفید به نظر میرسد. اسپرمی که ساختمان غشاء آن نقص داشته باشد نمیتواند از نفوذ رنگ به داخل خود جلوگیری کند لذا سیتوپلاسم آن به رنگ صورتی یا آبی دیده میشود. بنابر این کل ساختمان غشایی بوسیله آزمایش قابلیت حیات اسپرم اندازه گیری میشود [ 92 , 93 , 172 ] . اندازه گیری قابلیت حیاتی اسپرم مهم است ، زیرا باعث جداسازی نمونه های نکرو اسپرمیک از نمونه های اسپرم زنده ولی بدون تحرک میشود. قابلیت حیاتی اسپرم با میزان باروری ارتباط دارد [ 23 ، 132 ] . بررسی قابلیت حیات اسپرمها معمولا" در نمونه هاییکه درصد اسپرمهای بیحرکت در آنها بیش از ۵۰ درصد است انجام میشود [172]. بنابر این برای شناسایی اسپرمهای زنده از مرده ، در نمونه های آستنو اسپرمی و نمونه های حاصل از انجماد که در صد اسپرمهای بیحرکت در آنها زیاد است ، از این تستها استفاده میشود [ 93 ، 23 ، 132 ] . روش دیگر بررسی قابلیت حیات اسپرم ، استفاده از تست هیپواسمولاریتی<sup>4</sup> (HOS) می باشد. یکی از خصوصیات مهم غشاء سلول در این است که بطور انتخابی اجازه عبور ملکولها از خود را میدهد. سلول اسپرمی نیز وقتی در شرایط اسمزی پایین قرار گرفت در اثر ورود آب بداخل سیتوپلاسم، اسپرم متورم و غشاء آن گسترش می یابد، این وضعیت در ناحیه دم بصورت پیچ خوردگی و تورم در غشاء بخوبی ظاهر میشود و میتوان آنرا با استفاده از میکروسکوپ فاز کنتراست مشاهده کرد. این تغییرات مورفولوژی نشانه پایداری ساختمان غشا و فعالیت طبیعی غشای اسپرم است [ 85 ] .

1-Non Progressive  
2- Immotile

3- Viability  
4-Hipo Osmolarity

۱-۴-۴-حجم<sup>۱</sup>: حجم نرمال مایع انزالی براساس معیار WHO بیشتر از ۲ ml می باشد و از فردی به فرد دیگر متغیر می باشد. اگر حجم انزال کمتر از ۱ml باشد، هیپواسپرمی<sup>۲</sup> و اگر حجم انزال بیش از ۶ml باشد به آن هیپراسپرمی<sup>۳</sup> می گویند. غالباً حجم خیلی کم مایع سمینال (کمتر از ۱ml) همراه با شمارش پائین و در حجم زیاد (بیش از ۶ml)، تعداد اسپرماتوزوئیدها کمتر از حد نرمال است که ممکن است ناشی از یک دوره طولانی مدت اجتناب از انزال، یا تولید زیاد مایع سمینال باشد. غالباً قسمت ابتدائی انزال حاوی تعداد زیادی اسپرماتوزوئید است و ترشحات وزیکول سمینال که ۷۰٪ انزال را شامل می شود قسمت دوم انزال را تشکیل می دهد. اگر فرد فاقد مایع انزال باشد به آن "آسپرمی"<sup>۴</sup> ۴ گویند. حجم نمونه را می توان از روی ظرف نمونه گیری توسط کشیدن نمونه به داخل پیپت دهانه گشاد اندازه گیری کرد. چنانچه قرار باشد سیمن در محیط کشت قرار گیرد یا برای لقاح خارج رحمی استفاده شود یا برای مطالعات بیولوژیک لازم باشد، باید با ظروف استریل حمل و نقل شود [ 85 ] .

#### ۱-۴-۵- غلظت<sup>۵</sup>:

یکی از فاکتورهای مهم آنالیز سیمن ، تعیین تعداد اسپرم در هر میلی لیتر انزال است. غلظت اسپرم ممکن است با استفاده از روش هموسیتومتر یا روش بکارگیری حفره ویژه شمارش اسپرم اندازه گیری شود که روش هموسیتومتر مرسوم تر است . هرچند گستره تعداد اسپرم برای افراد بارور بین ۶۰-۱۲۰ میلیون در میلی لیتر است اما طبق معیار WHO، افراد دارای بیش از ۲۰ میلیون اسپرم در هر میلی لیتر را جزء افراد بارور به حساب می آورند. بطور کلی از نظر تعداد اسپرم افراد را به چهار گروه تقسیم می کنند:

نرموزوسپرمی<sup>۶</sup>: مایع انزالی دارای تعداد اسپرم مطابق با استاندارد WHO است (بیشتر از ۲۰ میلیون در هر میلی لیتر انزال)  
 اولیگوزوسپرمی<sup>۷</sup>: مایع انزالی دارای تعداد اسپرم کمتر از استاندارد WHO (کمتر از ۲۰ میلیون در هر میلی لیتر انزال)

1-Volume  
 2-Hypospermia  
 3-Hyperspermia

4-Aspermia  
 5-Concentration

6-Normozoospermia  
 7-Oligozoospermia

پلی زوسپرمی<sup>۱</sup>: مایع انزالی دارای اسپرم بالا (بیشتر از ۲۵۰ میلیون در هر میلی لیتر انزال).

آزوسپرمی<sup>۲</sup>: عدم وجود اسپرم در مایع انزال که میتواند بدلائل زیر باشد:

(۱) وجود نقص در مسیر سنتز و ترشح گنادوتروپین (۲) فقدان اسپرماتوزنز در بیضه ها (۳) انسداد مجرا، حالتی که اسپرم فعال تولید میشود اما در بیضه ها محبوس بوده و راهی به خارج ندارد [ 90 ].

۱-۴-۶- PH : PH : نمونه نرمال مطابق استاندارد WHO،  $7/2 \leq (7/2 - 7/8)$  است که به علت ترشحات اسیدی پروستات و ترشحات قلیائی سمینال و زیکول می باشد. PH بالای ۸ ممکن است به علت عفونت پروستات باشد که باعث کاهش ترشحات اسیدی پروستات از جمله اسیدسیتریک می شود و PH خیلی اسیدی پائین تراز ۶/۵ به علت نقص در عملکرد سمینال و زیکول میباشد.

۱-۴-۷- ظاهر<sup>۳</sup>: نمونه ها باید به سرعت پس از انزال مشاهده شوند. رنگ طبیعی آن سفید شیری است. غالباً بعد از محلول شدن سیمن یا یک ساعت بعد از نمونه گیری در دمای اتاق، ظاهر نرمال سیمن یکنواخت و به رنگ خاکستری کدر در می آید. اگر تعداد اسپرم در نمونه کم باشد زیاد هموژن به نظر نمی رسد و اگر گلبول قرمز در سیمن باشد قهوه ای است [ 172 ].

۱-۴-۸- ویسکوزیته<sup>۴</sup>:

بلافاصله پس از انزال، مایع سمینال بصورت لخته، منعقد می گردد که از نظر میکروسکوپی بصورت شبکه باریک و فشرده دیده می شود که حرکت اسپرم را محدود می سازد. این ژل لخته مانند به طور طبیعی حداکثر تا ظرف یک ساعت پس از انزال بصورت مایع درمی آید. ویسکوزیته مایع انزالی باید بعد از سیالیت کامل ارزیابی شود و مایع سمینال غیر سیال با ویسکوزیته بالا دارای اسپرم با تحرک کمتر و قدرت باروری کمتری می باشد.

۱-۵- انجماد<sup>۵</sup>:

انجماد به منظور حفظ و نگهداری طولانی مدت سلول ها و بافت ها در شرایط حرارت بسیار پایین انجام می شود. بیولوژی انجماد مطالعه اثرات دماهای پائین روی سلول های زنده می باشد. اگر آب موجود در سلول ها در اثر کاهش حرارت به یخ تبدیل گردد، و به سلول آسیب نرساند و به طور مؤثری حرکت مولکولی را متوقف نماید، فرآیندهای بیوشیمیایی متابولیسم در سلول به تعویق افتاده و یا متوقف می گردد و باعث افزایش بقاء سلول می گردد. در هنگام انجماد اصلی ترین بخش سلول یعنی غشاء آن بیشتر از سایر قسمت ها در

1-Polyzoospermia

2-Azoospermia

3- Appearance

4- Viscosity

5- Cryopreservation

معرض آسیب قرار دارد [117]. امروزه از اسپرم منجمد شده / ذوب شده انسان برای بسیاری از روش های کمک باروری با استفاده از اسپرم اهدایی و تلقیح داخل رحمی توسط اسپرم شوهر به طور روتین در آزمایشگاه ها انجام می گردد [107]. محیط های تجاری، روش ها و تجهیزات مختلفی جهت انجماد اسپرم وجود دارد، ولی متداولترین محیطها شامل محیط HSPM<sup>1</sup>، GEYC<sup>2</sup> و TYBG<sup>3</sup> است [154].

#### ۱-۵-۱- تاریخچه انجماد اسپرم:

در سال ۱۷۷۶ برای اولین بار انجماد اسپرم گزارش شد که اسپرمهای سیمن یخ زده حیوان در برف، پس از ذوب مجدد 4 و رساندن به حرارت محیط، مجدداً "حرک خود را به دست می آورند. ۹۰ سال بعد، (سال ۱۸۶۶) متوجه شدند که تعداد کمی از اسپرم ها پس از ذوب که مدت زیادی در  $19^{\circ}\text{C}$  - ذخیره شده بود، دوباره تحرک خود را به دست آورده اند و پیشنهاد شد که بانک اسپرم منجمد انسان می تواند باعث بقای نسل وی بعد از مرگ پدر گردد [7]. در سال ۱۹۳۸، Jhanel، مشاهده کرد که بخشی از اسپرمهای انسان با ذخیره در حرارت  $79^{\circ}\text{C}$  -، بعد از گذشت ۴۰ روز تا حدی زنده و دارای تحرک بودند [87]. در اوایل سال ۱۹۴۰ دریافتند که برخی از اسپرم ها بعد از انجماد، قابلیت حیات خود را حفظ می کنند. آزمایشات اولیه با سیمن منجمد انسان نشان داد که بازده تحرک و بقاء اسپرم ها در غیاب محیط های نگهدارنده<sup>5</sup> بسیار محدود می باشد [74]. در سال ۱۹۴۶ نقش حفاظتی گلیسرول در انجماد گزارش شد. Polge و همکارانش در سال ۱۹۴۹ از گلیسرول، به عنوان نگهدارنده مناسب برای اسپرم پرندهگان، استفاده کردند [76]. در سال ۱۹۵۳ انجماد اسپرمهای انسان روی یخ خشک ( $70^{\circ}\text{C}$  -) گزارش شد و مشاهده گردید که اسپرمها پس از ذوب، قادر به باروری بوده و جنین طبیعی ایجاد می کند. اولین نوزاد متولد شده توسط اسپرماتوزوئیدهای منجمد شده انسان در سال ۱۹۵۳ گزارش شد. در سال ۱۹۶۳، Sherman تکنیک استفاده از بخار نیتروژن برای انجماد اسپرم انسان و سپس ذخیره کردن آن در  $196^{\circ}\text{C}$  - را ابداع نمود و تولد نوزاد با استفاده

1-

Human Sperm Preservation Medium

2-Glycerol Egg Yolk Citrate

3-Tes-Yolk Buffer Glycerol

4- Thawing

5-Cryoprotectant

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

از اسپرم منجمد شده به این روش را گزارش کرد [ 74 ]. در سال ۱۹۶۴ تولد اولین نوزاد حاصل از تکنیک انجماد در فاز بخار ازت مایع و استفاده از نگهدارنده گلیسرول گزارش شد و در همین سال سمی بودن ترکیب <sup>1</sup> DMSO برای اسپرم انسان مشخص گردید [ 75 ]. تاکنون آخرین گزارش مربوط به طولانی ترین مدت انجماد اسپرم که منجر به تولد نوزاد پس از <sup>2</sup> AIH شد، ۱۵ سال و ۹ ماه می باشد [ 74 ]. پیشرفت در زمینه انجماد اسپرم باعث ایجاد بانک های اسپرم گردید. از سال ۱۹۷۰ بانک های اسپرم انسان توسعه بسیار یافت و در سال ۱۹۷۳ اولین انجمن بانک اسپرم انسان در فرانسه تشکیل شد [ 125 ]. مهمترین اصل در فرآیند انجماد، به حداقل رساندن آسیبی است که در اثر تشکیل کریستال های یخ<sup>3</sup> درون سلولی در هنگام قرار گرفتن سلول در معرض محلول های بسیار غلیظ رخ میدهد و نیز کاهش شوک اسمزی است که با آهسته سرد کردن و خروج آب داخل سلولی و استفاده از نگهدارنده انجمادی مناسب بهبود می یابد [ 117 ]. انجماد سازی معمولی باعث وارد شدن آسیب فیزیکی - شیمیایی زیاد به غشاهای خارج سلولی و درون سلولی اسپرم می گردد که به جهت تغییر در عبور فاز مایع و یا پراکسیداسیون مایع افزایش یافته نسبت داده می شود [ 79 ].

#### ۱-۵-۲- اندیکاسیون های انجماد اسپرم:

امروزه به دلیل نیاز زوجین نابارور به داشتن فرزند، تکنیک های کمک باروری (ART) نظیر 4 IVF ، 5 IUI ، 6 ICSI ، 7 GIFT ، 8 ZIFT ، 9 AID ، AIH ، 10 SUZI گسترش فراوانی یافته است. در روش AID از تلقیح داخل رحمی اسپرم اهدا کننده و در روش AIH از تلقیح داخل رحمی اسپرم شوهر استفاده می شود. در AID شخص اهدا کننده به عنوان فرد بارور تلقی می گردد که بارور بودن او به اثبات رسیده است، ولی در AIH شوهر کاهش قدرت باروری دارد و میزان موفقیت در باروری ضعیف است. روش های متعددی جهت بهبود کیفیت نمونه سیمن برای تلقیح مورد استفاده قرار می گیرند در AID سیمن

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1-Dimethyle sulphoxide                                | 6- IntraCytoplasmicSpermInjection   |
| Gamete 2-Artificial Insemination with Husband`s sperm |                                     |
| 3- Ice formation                                      | 7- Intra Falopian Transfer          |
| 4- In Vitro Fertilization                             | 8- Zygot Intrafallopian Transfer    |
| 5- Intra Uterine Insemination                         | 9- Artificial Insemination by Donor |
|   | 10- Sub-Zonalin semination          |

کامل بدون هیچ تغییری به داخل واژن تزریق می گردد و بهترین نتایج با استفاده از سیمن تازه به دست آمده است. اما امروزه در تمامی روش های مدرن AID از نمونه های سیمن منجمداستفاده می گردد که در بانک اسپرم از جمله بانک های اسپرم بین المللی در بریتانیا، فرانسه، دانمارک و آمریکا ذخیره شده اند [20]. اگر نمونه های مایع سیمن به صورت ذخیره وجود داشته باشند برنامه ریزی برای AID بسیار راحت تر خواهد بود. چرا که حضور شخص اهدا کننده اسپرم در کلینیک جهت دسترسی در روزهای تخمک گذاری همسر ضروری نخواهد بود، همچنین از سیمن منجمد شده یک اهدا کننده می توان برای تمام دوره چهار روزه قبل از تخمک گذاری و نیز از یک اهدا کننده می توان برای حاملگی های بعدی استفاده کرد [7].

### ۱-۵-۳- نگهدارنده های محیط انجماد:

برای انجماد سلول های مختلف از جمله اسپرم، استفاده از یک محیط بیولوژیکی حاوی مواد محافظ انجماد ضروری می باشد. مواد محافظ انجماد، باعث کاهش نقطه انجماد می گردد و با جلوگیری از تشکیل نامناسب کریستالهای یخ، اثرات زیانبار انجماد را به حداقل می رساند. همچنین این مواد باعث کاهش غلظت الکترولیت ها و حفظ PH محیط می گردد. انجماد اسپرم انسان بدون ماده محافظ، باعث کاهش زیاد قدرت حیاتی اسپرم می گردد. ولی باید توجه داشت که مواد محافظ انجماد، برای سلول توکسیک هستند. برای غلبه بر سمیت معمولاً از مخلوطی از چندین نوع ماده محافظ با غلظتهای پائین تر استفاده می گردد [79]. نگهدارنده های محیط انجماد به دو دسته کلی تقسیم می شوند: مواد محافظ نفوذ پذیر، مواد محافظ نفوذناپذیر<sup>۱</sup>.

### ۱-۵-۳-۱- مواد محافظ نفوذ پذیر:

این ترکیبات میتوانند به درون سلول نفوذ کنند و شامل گلیسرول، دی متیل سولفوکساید (DMSO)<sup>۲</sup>، پروپانادیول (PROH)<sup>۳</sup> و اتیلن گلیکول (EG)<sup>۴</sup> هستند. این مواد

1-Impermeable Cryoprotectant

2-DimethylSulfoxide

3- Propanediol

4-Ethylenglycol



در آب محلول می باشند و باعث جلوگیری از دسترسی سلول به غلظت بالای نمک ها و الکترولیت ها از طریق باند شدن با آنها، میانکنش با غشاء با تغییر حالت سلول از شکل نسبتاً مایع به شکل نسبتاً جامد در طی سرد کردن و لذا جلوگیری از چروکیدگی سلول و جانشین شدن آب داخل سلول، کاهش اندک نقطه انجماد محیط و جلوگیری از تغییر ساختمان ترکیبات درون سلولی مثل آنزیم ها می گردند و در نتیجه در حضور آنها یخ داخل سلولی در دمای  $^{\circ}\text{C}$  ۴۰- تا ۵۰- تشکیل نمی شود. در صورتی که شکل گیری یخ در بیرون سلول القاء شده و فشار اسمزی بیرون سلول افزایش یابد، آب از سلول به محلول بیرون سلولی جریان می یابد. از آنجاییکه نفوذپذیری غشاء نسبت به آب بیشتر از نفوذپذیری غشاء نسبت به مواد محافظ انجماد است، بنابراین سرعت خروج آب از سلول سریع تر از ورود مواد محافظ به درون سلول می باشد، تا زمانی که مواد محافظ دوباره به تعادل برسند می تواند باعث چروکیدگی سلول، به علت خروج سریع آب گردد که با گذشت زمان تعادل اسمزی برقرار شده و سلول با ورود مواد محافظ به اندازه طبیعی خود بر می گردد. خروج آب از سلول برای انجماد ضروری بوده و از تولید کریستال های یخ درون سلول می کاهد و اگر کریستال های یخ درون سلولی از حد مجاز بیشتر گردند به غشاء اندامک های درون سلول آسیب می رسانند. در بسیاری از تکنیک های انجماد بسته به نوع سلولی که قرار است منجمد گردد، تشکیل بلورهای یخ به صورت کنترل شده در طی انجماد القاء می گردد که به این فرآیند سیدینگ (Seeding) می گویند. که این عمل با آهسته سرد کردن محیط (در روش دستگاهی یا برنامه ریزی شده) یا القاء تشکیل کریستال یخ در طرف محیط (در روش غیر دستگاهی یا دستی) صورت می گیرد که باعث افزایش تدریجی اسمولاریته محیط و خارج کردن آب داخل سلولی می شود [ 148 ] .

#### ۱-۳-۲- مواد محافظ نفوذ ناپذیر:

این دسته ترکیبات غیر قابل نفوذ در سلول بوده و مولکول های بزرگی شامل سوکروز، فایکول، زایلوز و دکستران هستند که ایجاد یک محیط هیپراسموتیک خارج سلولی جهت خارج کردن آب داخل سلولی می نمایند و به همراه پروتئین ها، لیپوپروتئین ها، زرده تخم مرغ و سرم به عنوان مواد افزودنی استفاده می شوند که سبب تغلیظ محیط خارج سلولی جهت دهیدراتاسیون، جلوگیری از تورم سلول طی ذوب مجدد و در نتیجه کاهش آسیب سلولی به دنبال فریز / ذوب می گردند [ 148 ] . مواد محافظ نفوذناپذیر در سلول می تواند کاهش آب داخل سلول را از طریق دهیدراتاسیون اسموتیک آغاز کند لذا وضعیت

سرد کردن/گرم کردن، سرنوشت نهائی آب داخل سلولی را طی روند انجماد تعیین می کند. درجه هیدراتاسیون در داخل یک سلول و در نتیجه شانس بقاء سلول، طی سرد کردن به عوامل زیر بستگی دارد:

۱. درجه حرارتی که در آن با فرو بردن مستقیم نمونه ها در داخل نیتروژن مایع، انجماد خاتمه می یابد که هر چه این درجه حرارت پایین تر باشد، وقت بیشتری برای دهیدراتاسیون بیشتر وجود خواهد داشت.
۲. نوع و غلظت مواد محافظ انجماد. سرعت عبور مولکول های آب از عرض غشاء وابسته به اختلاف غلظت مولکول های حل شده در دو طرف غشاء دارد، هر چه غلظت مواد محافظ انجماد بیشتر باشد. نقطه انجماد پایین تر بوده و این امر سبب دهیدراتاسیون بیشتری قبل از یخ زدن کل آب خارج می گردد.
۳. نفوذپذیری غشای سلول به مولکول های آب و مواد محافظ انجماد.
۴. اندازه سلول، سلول کوچک تر، به دلیل بزرگتر بودن نسبت سطح به حجم، سریع تر سرد می شود و لذا مولکول های آب سلول کوچکتر را نسبت به سلول بزرگتر، سریعتر ترک کنند [ 148 ] .

#### ۱-۵-۴- محیط های انجماد اسپرم:

محیط انجمادی که برای اسپرم مورد استفاده قرار می گیرد حاوی یک ماده محافظ مناسب، سیستم بافری برای حفظ pH و مواد مکمل دیگری مانند زرده تخم مرغ و سرم های حیوانی یا انسانی می باشد. بعد از مطالعه اولیه روی DMSO به عنوان نگهدارنده محیط انجماد، گلیسرول ۱۰-۵٪ که امروزه استفاده جهانی دارد انتخاب گردید که معمولاً به تنهایی به کار می رود ولی جهت افزایش میزان تحرک بعد از ذوب مجدد با ماده مکمل حاوی پروتئین ها و قندها رقیق می گردد. این مواد مکمل اکثراً دارای زرده تخم مرغ، گلوکز، سوکروز، سیترات، گلیسین و آنتی بیوتیک ها می باشند. محیط انجمادی DMSO به خاطر وزن مولکولی کم و نفوذپذیری خوبی که به داخل سلول دارد، در کشت های سلولی و روند انجماد استفاده می شود [ 86 ] و مانند گلیسرول یک نگهدارنده محیط انجماد بوده که به علت سمیت و اختلال در تحرک اسپرم ها پس از روند انجماد و ذوب، برای انجماد منی انسان پیشنهاد نمی گردد [ 20 ] و عموماً برای انجماد جنین های ۱۶-۸ سلولی کاربرد دارد [ 148 ]. امروزه در بسیاری از این محیط ها از سرم جنین گوساله به منظور تأمین پروتئین های مواد غذایی از دست رفته که با محلول نمکی ساده قابل جبران نبوده، استفاده می کنند [ 20 ]. زرده تخم مرغ اضافه شده به محیط های انجماد همان موادی را که در سرم جنین گاو وجود دارد، مهیا می کند و به نظر می رسد که اجزای لیپوپروتئین زرده تخم مرغ فعالیت حفاظتی بیشتری داشته و غشاء اسپرم را از

طریق افزایش سیالیت آن، در برابر آسیب های حاصل از انجماد حفاظت می کند. در محیط انجمادی آنتی بیوتیک های پنی سیلین و استرپتومایسین هم استفاده میشود، اگرچه گاهی استفاده از اریترومایسین ارجح تر می باشد و به عنوان جزء استاندارد همه محیط های رشد سلول توصیه می شود، اما استفاده از آنها در محیط های انجماد ضامن وضعیت استریل نیستند [ 20 ] .

#### ۱-۵-۵-۱- روش های انجماد اسپرم<sup>۱</sup>:

انجماد شامل رسوب مولکول های آب به صورت کریستال های یخ می باشد که نتیجه آن جدا شدن آب از مواد حل شده می باشد که در این روند تشکیل بلورهای یخ داخل سلولی و غلظت مواد حل شده مشکل ساز می باشند و بقاء سلول های منجمد شده بستگی به نوع سلول، مرحله پیشرفت یا تغییرات سرعت انجماد، نوع نگهدارنده محیط و روش انجماد دارد [ 102 ] .

روش های انجماد را می توان به دو دسته تقسیم نمود:

#### ۱-۵-۵-۱-۱- روش انجماد آهسته<sup>۲</sup>:

این روش در چند مرحله انجام می گیرد و به منظور حفظ تعادل بین تشکیل کریستال های یخ داخل سلول و غلظت مواد حل شده بکار میرود . این روش به وسیله دستگاه و تجهیزات برنامه ریزی شده یا توسط روش های دستی صورت می گیرد. با تحقیقاتی که محققین انجام داده اند مشخص شد که اولین مرحله فرایند انجماد باید تدریجی باشد که سبب توجه بیشتر به این روش گردیده و بسیاری از مراکز درمانی از روش بخار نیتروژن استفاده می کنند که در آن ظروف نگهداری نمونه قبل از انتقال به نیتروژن مایع، در داخل بخار نیتروژن مایع نگه داشته می شوند. دمای بخار نیتروژن مایع متغیر بوده و حرارت های  $70^{\circ}C$ ،  $80^{\circ}C$  و  $99^{\circ}C$  گزارش گردیده است. در سطح نیتروژن مایع یک کاهش پیوسته دما وجود دارد و لذا دمای دقیق در یک ارتفاع، بستگی به میزان نزدیکی ظروف نگهداری نمونه به سطح نیتروژن مایع، شکل ظروف و عمق آن دارد [ 102,20 ] .

#### 1-Sperm freezing

#### 2-Slow cooling

روش استفاده از فاز بخار ثابت<sup>۱</sup>، نوع ابتدایی سرد کردن آهسته بوده که در آن از فاز بخار نیتروژن مایع جهت سرد کردن استفاده می گردد و ظروف محتوی نمونه، در ارتفاع مشخص از سطح نیتروژن مایع، بخار نیتروژن به اطراف نمونه ها جریان یافته و با تولید سرمای مناسب، ظروف محتوی نمونه را سرد می کنند، سپس ظرف را داخل تانک

ازت مایع قرار می دهند. در این روش لازم است گرادیان حرارت پایدار در فاز بخار، در بالای نیتروژن مایع تنظیم گردد. این نکته اهمیت دارد که به دلیل وجود گرادیان حرارتی در فاز بخار، ظروف حاوی نمونه جهت تاثیر سرما در طول آنها باید به طور افقی در بخارازت قرار گیرند [156, 153, 117]. ساده ترین وسیله برای ذخیره کردن نمونه ها، تانک با گردن باریک جهت به حداقل رساندن تبخیر نیتروژن است. این تانک ها جهت نگهداری نی ها<sup>2</sup> بسیار مناسب می باشند و دارای نگهدارنده هایی هستند که نی ها را درون تانک به صورت آویزان نگه می دارند. در روش انجماد تدریجی نمونه ها را به مدت ۱۵ دقیقه در یخچال قرار می دهند و با کاهش اندکی در حرارت، نمونه به مدت ۲۰ دقیقه در بخار نیتروژن، قرار میگیرد. در نهایت نمونه ها در داخل نیتروژن مایع قرار داده می شوند [20]. نوع دیگر انجماد آهسته روش انجماد برنامه ریزی شده است که در آن نی های محتوی نمونه در داخل دستگاه از حرارت اتاق تا حرارت  $7^{\circ}\text{C}$  تا  $5^{\circ}\text{C}$  آهسته سرد می شود (سرعت حدود  $2^{\circ}\text{C}/\text{min}$ ) و چند دقیقه در این حرارت مانده، سپس خیلی آهسته تا حرارت  $40^{\circ}\text{C}$  تا  $30^{\circ}\text{C}$  سرد می شود (سرعت حدود  $3/0^{\circ}\text{C}/\text{min}$ ) و سپس با سرعت حدود  $50^{\circ}\text{C}/\text{min}$  تا حرارت  $196^{\circ}\text{C}$  کاهش می یابد و در پایان، نی ها در نیتروژن مایع، تا موقع ذوب، ذخیره می گردد [156, 117]. اگر سرعت سرد کردن بالا باشد سلول نمی تواند با سرعتی آب را خارج کند که مانع از تشکیل کریستال داخل سلولی گردد. از طرفی اگر سرعت سرد کردن خیلی آهسته باشد نیز مجاورت طولانی سلول با نمک ها و مواد حل شونده در محیط در غلظت بالا، سمیت زا می باشد. سرعت مناسب سرد کردن بستگی به ترکیبات و نفوذپذیری غشاء سلول، نسبت سطح به حجم سلول، حرارت و اختلاف فشار اسموتیک دو طرف غشاء دارد [148].

## 1-Static vapor phase cooling method

### 2-Straw

#### ۱-۵-۲- روش انجماد سریع<sup>۱</sup>:

در این روش، سلولها برای مدتی بدون برنامه ریزی در فاصله خاص (۱۵ - ۳۰ cm) از سطح نیتروژن مایع در معرض بخار نیتروژن، قرار گرفته (حدود  $60^{\circ}\text{C}$ )، سپس بدرون مخزن نیتروژن مایع انتقال داده میشوند [128]. مهم این است که سرعتهای بسیار سریع ( $100^{\circ}\text{C}/\text{min}$ ) برای سلول کشنده اند [127]. اگر چه انجماد سریع مقداری یخ درون سلولی تولید میکند، اما به علت کوچک بودن، کریستالها سلول را از بین نمی برند. اگر سرعت