

بررسی مقایسه‌ای دو روش درمانی کاهش مرحله ای و دوز ثابت hMG در زنان نابارور تحت درمان با روش ZIFT

مرجان فیروزه (M.D.)^۱، لیلی صفدریان (M.D.)^۲

۱- پزشک عمومی، بخش درمان ناباروری، بیمارستان شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.

۲- دانشیار، بخش درمان ناباروری، بیمارستان شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: از حدود نیم قرن پیش گنادوتروپین‌های اگزوژن با روش‌های متنوعی، جهت القاء تخمک‌گذاری در درمان اختلالات تخمک‌گذاری و انجام روش‌های فن‌آوری کمک باروری استفاده می‌شوند. بدلیل کاربرد وسیع دو روش کاهش مرحله‌ای و روش با دوز ثابت hMG در القاء تخمک‌گذاری، هزینه بالا و عوارض زیاد ناشی از درمان و نیز عدم دستیابی به نتایج مشترک در خصوص ارجحیت یکی از این دو روش در مطالعاتی که قبلاً انجام شده است این مطالعه با هدف مقایسه دو روش از لحاظ مقدار داروی لازم، نیاز به افزایش دوز دارو در حین درمان، ضخامت و الگوی اندومتر و میزان حاملگی به دنبال درمان، انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه همگروهی تاریخی، تعداد ۲۴۵ سیکل از هر روش از پرونده بیماران نابارور بیمارستان شریعتی تهران در سال‌های ۸۳-۱۳۸۲، مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی بیماران کمتر از ۳۵ سال سن داشته، کاندیدای اهداء تخمک و مبتلا به PCOS یا آمنوره هیپوتالامیک نبودند. بعد از سرکوب هیپوفیز با پروتکل طولانی مدت آگونیست GnRH، hMG در روش کاهش مرحله‌ای با تجویز ۴-۲ آمپول ۱۵۰ واحدی شروع و در چندین مرحله کاهش دوز به میزان نصف آمپول هر ۲-۳ روز، بر پایه یافته‌های سونوگرافیک انجام شد. در روش ثابت همان دوز ابتدایی ۴-۲ آمپول ۱۵۰ واحدی بدون کاهش در طول سیکل ادامه یافت. بعد از تزریق hCG، اوسیت‌های حاصل، در روش ZIFT به کار گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS و آزمون‌های t-test، χ^2 و Fishers exact استفاده شد. $p \leq 0.05$ سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

نتایج: از نظر تعداد اوسیت‌های حاصل، کیفیت زایگوت، ضخامت اندومتر و میزان حاملگی، دو روش ذکر شده، تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند. روش کاهش مرحله‌ای به طور معنی‌داری با الگوی اندومتر سه خطی بیشتر و الگوی اکوژن کمتری همراه بود ($p=0.001$). روش کاهش مرحله‌ای نسبت به روش ثابت با متوسط تعداد آمپول مصرف شده کمتر (۴/۲۶ عدد در برابر ۲/۳۲ عدد آمپول، $p=0.000$) و موارد کمتر نیاز به افزایش دوز در حین انجام درمان (به ترتیب ۴۲ سیکل (۱/۱۷٪) در برابر ۹۹ سیکل (۴/۴۰٪)، $p=0.000$) همراه بود.

نتیجه گیری: با توجه به عدم تفاوت معنی‌دار بین دو روش از نظر میزان حاملگی و نتیجه درمانی، روش کاهش مرحله‌ای با مصرف تعداد کمتر آمپول hMG، در بیماران بررسی شده، روش مناسبتری به نظر می‌رسد. بدیهی است برای حصول به یک نتیجه قطعی، نیاز به بررسی‌های بیشتر با در نظر گرفتن دیگر شرایط از جمله ابتلا به PCOS، آمنوره هیپوتالامیک و ... وجود دارد.

کلید واژگان: تحریک تخمک‌گذاری، گنادوتروپین یائسگی انسانی، روش با دوز ثابت، روش با دوز کاهش یابنده، ناباروری، فن‌آوری کمک باروری، ZIFT.

مسئول مکاتبه: دکتر مرجان فیروزه، واحد ۴۲، ساختمان چشم‌انداز ۱، روبروی اداره همیاری شهرداری، خیابان ۲۲ بهمن، خیابان بزرگمهر، کدپستی ۹۷۱۴۳-۸۱۵۸۶، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: marjan_firoozeh@yahoo.com