

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỤ TINH
TRONG ống NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ PHƯƠNG CHÂU
NĂM 2019**

Dư Huỳnh Hồng Ngọc^{1*}, Phạm Văn Linh², Cao Văn Nhựt³, Trần Khánh Nga²

1. Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: bsngoc1705@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là quá trình tạo thành phôi bên ngoài cơ thể. Hiện nay tỷ lệ thành công trung bình 40-50%, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị, các xét nghiệm đánh giá dự trữ buồng trứng còn nhiều tranh cãi và tiên lượng kết quả có thai

chưa có xét nghiệm rõ ràng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm chung, cận lâm sàng và kết quả có thai cộng dồn ở hai chu kỳ chuyển phôi trữ lạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phụ nữ làm thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Quốc tế Phương Châu từ 3/2019 đến tháng 3/2020. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, có 180 bệnh nhân điều trị thụ tinh trong ống nghiệm có 2 lần chuyển phôi trữ lạnh. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu $32,21 \pm 4,0$, giá trị AMH = $4,64 \pm 2,78$, số nang thứ cấp AFC = $15,53 \pm 5,67$, phân loại vô sinh nguyên phát chiếm 65,6% và 34,4% với vô sinh thứ phát. Tỷ lệ có thai cho lần chuyển phôi lần 1 và lần 2 lần lượt là 43,3%, 63,9%; tỷ lệ thai sinh hóa lần 1 là 18,3%, lần 2 là 10,0%; tỷ lệ thai lâm sàng lần lượt là 23,3% và 51,1%; kết quả HCG (+) chuyển phôi cộng dồn của 02 lần chuyển phôi là 78,2%; tỷ lệ thai lâm sàng 63,3%. **Kết luận:** Một chu kỳ kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm, có 02 lần chuyển phôi thì tỷ lệ có thai lâm sàng là 63,3%.

Từ khóa: Thụ tinh trong ống nghiệm, thai cộng dồn.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF TREATMENT FEMALE INFERTILITY BY IN VITRO FERTILIZATION AT PHUONG CHAU INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2019

Du Huynh Hong Ngoc^{1*}, Pham Van Linh², Cao Van Nhut³, Tran Khanh Nga²

1. Phuong Chau International Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: In vitro fertilization (IVF) is a process that creates embryos outside the body human. Currently, the average success rate is about 40-50 percent. There are many factors affecting the results of treatment. Besides, the tests to evaluate ovarian reserve are still controversial and prognosis, which of pregnancy results have not been tested clearly. **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics and cumulative pregnancy outcome in two frozen embryo transfer cycles. **Materials and methods:** Women have received IVF treatment at Phuong Chau International Hospital from March, 2019 to March, 2020. **Studying design:** Cross-sectional description, there are currently 180 clients in IVF treatment process with 2 transfers of frozen embryos. **Results:** Average age in observed group was 32.21 ± 4.0 , AMH value was 4.64 ± 2.78 , number of secondary AFC cysts was 15.53 ± 5.67 , classified as primary infertility was 65.6% and secondary infertility the number of recovered eggs was 34.4%. The pregnancy rates for the first and second embryo transfer were 43.3% and 63.9%, respectively. The prevalence of the first biochemical pregnancy was 18.3%, the second time was 10.0%; The rate of clinical pregnancy were 23.3% and 51.1%, respectively; The result of two cumulative frozen embryo transfer was 78.2%; clinical pregnancy rate was 63.3%. **Conclusion:** An ovarian stimulation cycle for IVF, IF we had 2 embryos transfer, the rate of clinical pregnancy was 63.3%.

Keywords: In vitro fertilization, cumulative pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đã hình thành và phát triển tại Việt Nam hơn 20 năm. Ngày nay trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh của các nguyên nhân hiếm muộn. Với mỗi chu kỳ điều trị TTTON thành công bao gồm nhiều yếu tố: Tuổi vợ, BMI (Body Mass Index-chỉ số khối cơ thể), chất lượng giao tử, tình trạng bệnh lý của người phụ nữ, xét nghiệm AMH (Anti Mullerian Hormon) và AFC (Antral

Follicle Count- Đếm số nang noãn thứ cấp) để đánh giá dự trữ buồng trứng và tiên lượng tỷ lệ thành công của chuyển phôi [1]. Nghiên cứu quốc tế ghi nhận có 2-3 lần chuyển phôi vào buồng tử cung thì có tỷ lệ có thai trên 50%. Còn tại Việt Nam số nghiên cứu rất ít. Chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị vô sinh nữ bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu năm 2019” với 02 mục tiêu:

(1). Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, các yếu tố liên quan đến bệnh nhân nữ vô sinh được điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu.

(2). Xác định tỷ lệ có thai sau chu kỳ chuyển phôi thứ nhất và chu kỳ thứ hai. Tính tỷ lệ có thai cộng dồn ở hai chu kỳ chuyển phôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân hiếm muộn thực hiện kích thích Buồng trứng làm thụ tinh ống nghiệm tại Khoa Hiếm muộn - Bệnh viện Quốc tế Phương Châu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi 19 – 45. Kích thích buồng trứng bằng phác đồ GnRH đối vận. Có phôi trữ lạnh trong chu kỳ kích thích buồng trứng. Có ít nhất hai lần chuyển phôi cho 1 lần kích thích Buồng trứng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có sử dụng thuốc kích thích buồng trứng trong vòng 2 tháng trước lần điều trị này. Không hoàn thành quá trình kích thích buồng trứng, không được tiến hành chọc hút noãn (noãn).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Đề tài thực hiện tại Khoa Hiếm Muộn- Bệnh viện quốc tế Phương Châu trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ 03/2019-3/2020

Cỡ mẫu: n=180 chu kỳ kích thích buồng trứng.

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân thực hiện thụ tinh ống nghiệm thỏa các tiêu chuẩn nhận mẫu tại Khoa Hiếm Muộn- Bệnh viện Quốc tế Phương Châu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Lâm sàng: Tuổi, thời gian mong con, phân loại hiếm muộn nguyên phát- thứ phát, nguyên nhân hiếm muộn, chu kỳ kinh nguyệt, đau khi hành kinh, tiết sữa.

Cận lâm sàng: AMH. AFC. Độ dày Nội mạc tử cung (NMTC) ngày chuyển phôi, nồng độ estradiol và progesterone ngày rụng trứng.

Các yếu tố liên quan đến điều trị TTON: Liều thuốc kích thích Buồng trứng, số ngày tiêm thuốc kích thích Buồng trứng, số lượng noãn (trứng) thu được, số phôi ngày 2 tạo thành. Mối tương quan giữa AMH-AFC so với: tuổi, số noãn và phôi thu được.

Tỷ lệ beta HCG, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai sinh hóa của lần chuyển phôi thứ 1 và lần chuyển phôi thứ 2. Tỷ lệ chuyển phôi cộng dồn. Tỷ lệ thai lâm sàng theo nhóm tuổi <35 và ≥35.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu cho nghiên cứu được bắt đầu từ khi bệnh nhân đến khám vào ngày thứ 2 chu kỳ kinh để bắt đầu thực hiện TTON. Thời

gian đầu, chúng tôi nhận toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sau đó loại bỏ những hồ sơ không có đủ thông tin và không hoàn thành chuyển phôi trữ lạnh. Nhân sự thực hiện chính là người thực hiện đề tài, ngoài ra có sự hỗ trợ của một bác sĩ lâm sàng và 3 nữ hộ sinh. Số liệu được thu thập bằng bảng số liệu (phụ lục), hai người cùng nhập để giảm thiểu sai sót. Tất cả hồ sơ bệnh án nghiên cứu được lưu riêng để truy suất thông tin.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được thu thập sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến điều trị

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

* Đặc điểm dân số - xã hội của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số-xã hội

Đặc điểm	Tần số (n=180)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	32,21±4,0	
<30	57	31,7
30-35	79	43,9
>35	44	24,4
Loại vô sinh		
Vô sinh nguyên phát	118	65,6
Vô sinh thứ phát	62	34,4

Nhận xét: Độ tuổi trung bình 32,21±4,0. Nhóm tuổi từ 30-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,9%. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm 65,6%.

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nhân chủng học và nguyên nhân vô sinh

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
BMI (kg/m²)		
Dưới 18	14	7,8
Từ 18 đến 25	143	79,4
Trên 25	23	12,8
Thời gian mong con		
Thời gian mong con trung bình	5,28±4,07	
Dưới 5 năm	97	53,9
Từ 5 đến 10 năm	24	13,3
Trên 10 năm	59	32,8
Nguyên nhân vô sinh		
Do chồng	175	97,2
Vợ lớn tuổi	5	2,8
Bệnh lý vôi Noon	32	17,8
Chưa rõ nguyên nhân	2	1,1
Khác	57	31,7

Nhận xét: BMI trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 79,4%. Về thời gian mong con dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,9%, nhóm trên 10 năm chiếm 32,8%. Nguyên nhân hiếm muộn do nam giới chiếm tỷ lệ vượt trội 97,2%.

*** Các triệu chứng liên quan vô sinh hiếm muộn**

Bảng 3. Triệu chứng thường gặp

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kinh nguyệt		
Kinh đều	118	65,6
Kinh không đều	62	34,4
Triệu chứng đau vùng chậu		
Có đau vùng chậu	21	11,7
Không có	159	88,3
Tiết sữa bất thường		
Có	11	6,1
Không có	169	93,9
Đau khi giao hợp		
Đau	13	7,2
Không có	167	92,8

Nhận xét: Kinh nguyệt không đều chiếm 65,6%. Đau vùng chậu chiếm tỷ lệ thấp 11,7%. Đau khi giao hợp 7,2%. Không có tiết sữa 93,9%.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Xét nghiệm dự trữ buồng trứng

Xét nghiệm dự trữ buồng trứng	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
AFC (ngày 2-ngày 4 vòng kinh)	4	31	15,53 ± 5,67
AMH (ng/ml)	0,7	18,6	4,64 ± 2,78

Nhận xét: Giá trị thấp nhất của AFC là 4 và cao nhất là 33, giá trị của AMH thấp nhất là 0,7ng/ml và cao nhất là 18,6 ng/ml.

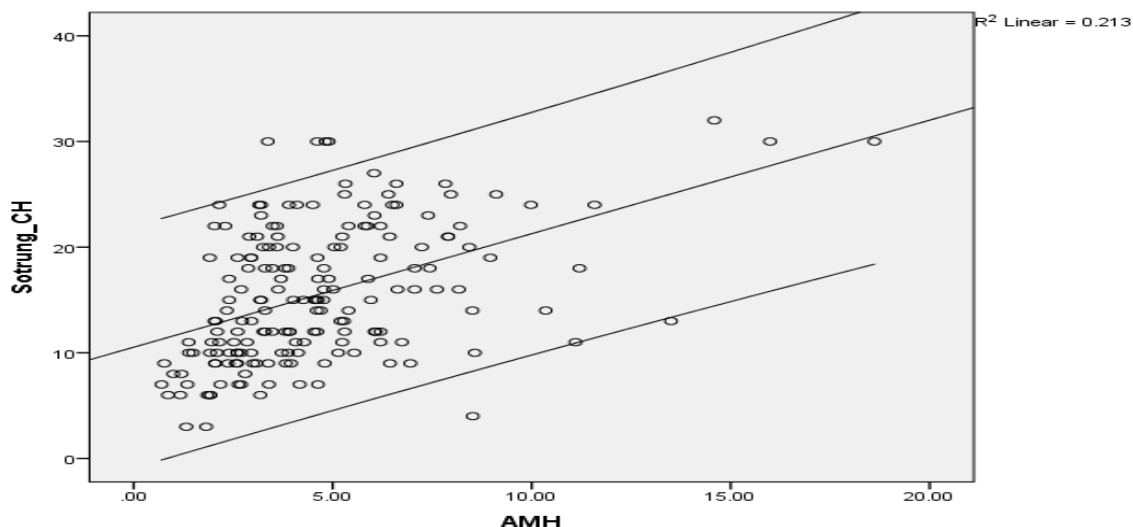
Bảng 5. Xét nghiệm liên quan chu kỳ kích thích buồng trứng

Xét nghiệm liên quan	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Độ dày NMTC ngày rụng trứng	6	26	11,55 ± 2,38
Nồng độ Estradiol ngày rụng trứng (pg/ml)	627	19384	4643,18 ± 2806,4
Nồng độ Progesterone ngày rụng trứng (pg/ml)	0	7	1,46 ± 0,892
Số nang noãn ≥14 mm rụng trứng	3	45	13,79 ± 6,19

Nhận xét: Độ dày NMTC trung bình 11,55 ± 2,38. Số noãn trên 14mm trung bình 13,79 ± 6,19.

3.1.3. Các yếu tố liên quan đến điều trị

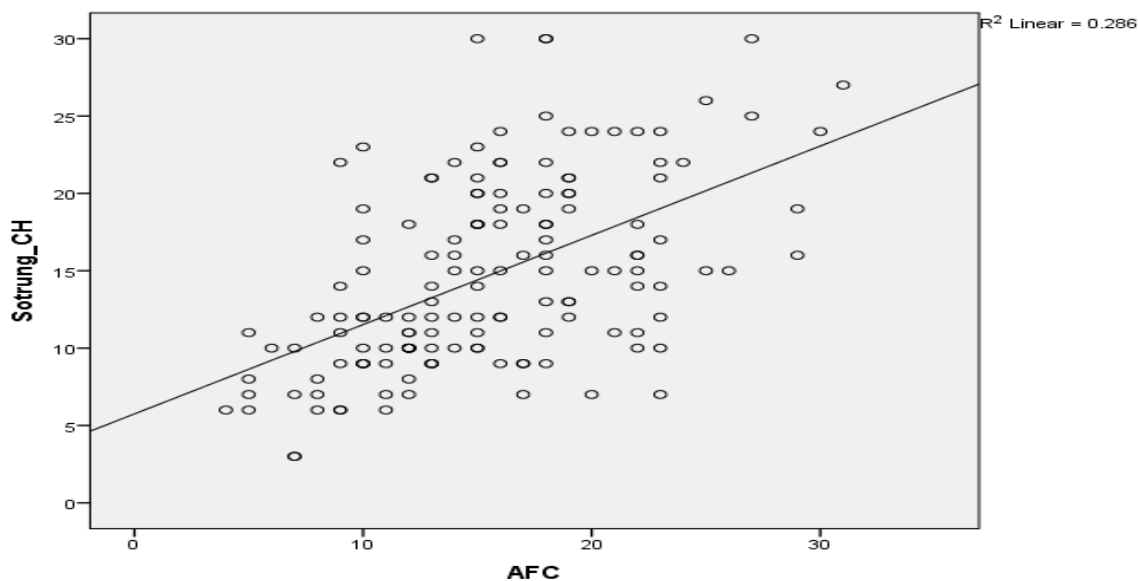
* **Mối tương quan giữa AMH và số lượng noãn.**



Biểu đồ 1. Tương quan giữa AMH và noãn thu được

Nhận xét: Hệ số tương quan $r=0,46$ cho thấy có mối liên quan thuận giữa AMH và số lượng noãn thu được.

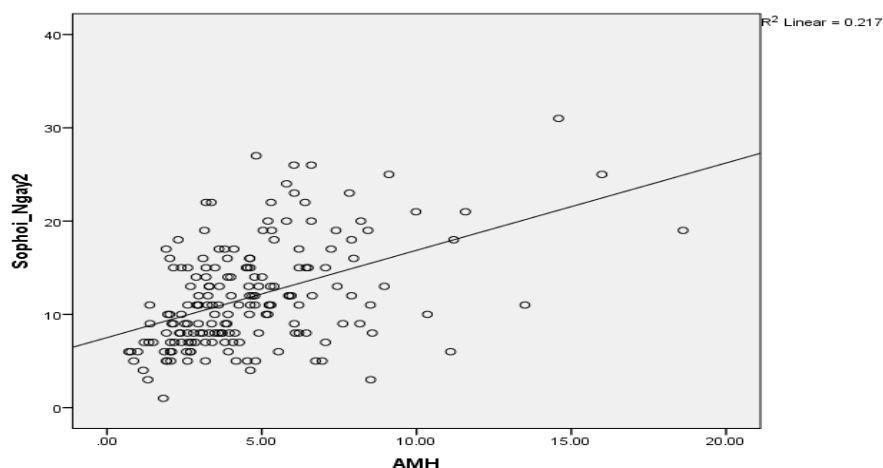
3.1.4. Mối tương quan giữa AFC và số lượng noãn thu được



Biểu đồ 2. Tương quan giữa AFC và noãn thu được

Nhận xét: Hệ số tương quan $r=0,53$, cho thấy mối tương quan thuận giữa chỉ số AFC và số lượng noãn thu hồi.

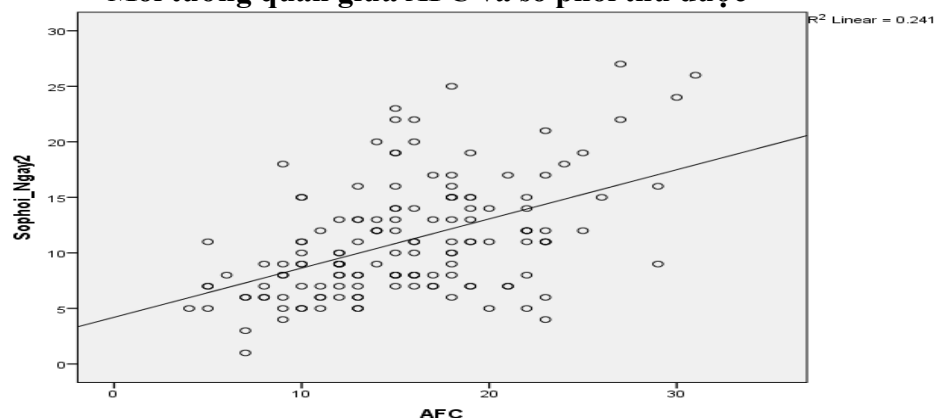
* **Mối tương quan giữa AMH và số phôi thu được**



Biểu đồ 3. Tương quan giữa AMH-AFC và phôi

Nhận xét: Hệ số tương quan $r=0,46$, tương quan thuận giữa AMH và số lượng phôi tạo thành.

*** Mối tương quan giữa AFC và số phôi thu được**



Biểu đồ 4. Tương quan giữa AFC và phôi

Nhận xét: Hệ số tương quan $r=0,49$, tương quan thuận giữa AFC và số lượng phôi tạo thành.

3.3. Kết quả chuyển phôi của đối tượng nghiên cứu

3.3.1. Kết quả sau chuyển phôi lần 1

Bảng 6. Kết quả chuyển phôi lần 1

n=180	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tỷ lệ thử thai βhCG dương tính*	78	43,3
Tỷ lệ thai lâm sàng**	42	23,3
Tỷ lệ thai sinh hóa	33	18,3
Tỷ lệ thai ngoài tử cung	3	1,7

Nhận xét: Lần chuyển phôi thứ 1, trong 180 khách hàng có 78 trường hợp xét nghiệm beta HCG dương tính với tỷ lệ 43.3% và tỷ lệ thai lâm sàng đạt 23.3%. Tỷ lệ thai ngoài tử cung lần lượt là 1.7%. Ở nhóm chuyển phôi lần 1 tỷ lệ thai sinh hóa là 18.3%

3.3.2. Kết quả sau chuyển phôi lần 2

Bảng 7. Kết quả chuyển phôi lần 2

n=180	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tỷ lệ thử thai β HCG dương tính*	115	63,9
Tỷ lệ thai lâm sàng**	92	51,1
Tỷ lệ thai sinh hóa	18	10,0
Tỷ lệ thai ngoài tử cung	5	2,8

Nhận xét: Có 115 khách hàng xét nghiệm beta HCG dương tính chiếm tỷ lệ 63,9% và thai lâm sàng chiếm 51,1%. Tỷ lệ thai ngoài tử cung lần lượt là 2,8%. Ở nhóm chuyển phôi lần 2 tỷ lệ thai sinh hóa là 10%.

3.3.3. Kết quả chuyển phôi cộng dồn

Bảng 8. Kết quả chuyển phôi cộng dồn

Đặc điểm	Tần số (n=180)	Tỉ lệ (%)
Kết quả thử thai βHCG cộng dồn		
Có ít nhất 1 lần beta HCG (+)	141	78,3
Beta HCG (-)	39	21,7
Kết cục thai cộng dồn		
Có ít nhất 1 lần có thai lâm sàng	114	63,3
Không có thai lâm sàng sau 2 lần chuyển phôi	66	36,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 lần thử beta HCG dương tính là 78,3%. Tỷ lệ có thai lâm sàng đạt tỷ lệ 63,3%. Có 13 trường hợp cả hai lần chuyển phôi đều có thai lâm sàng, trong nhóm này có 01 trường hợp lần đầu chuyển phôi có thai ngoài tử cung, lần 2 chuyển phôi có thai lâm sàng.

Bảng 9. Kết quả thai lâm sàng cộng dồn theo nhóm tuổi

			Không có thai lâm sàng	Ít nhất 01 lần có thai lâm sàng	OR	p
Nhóm tuổi	≤ 35	Tần số	46	73	1,29 (0,67 – 2,47)	0,272
		Tỷ lệ	38,7%	61,3%		
	>35	Tần số	20	41		
		Tỷ lệ	32,8%	67,2%		

Nhận xét: Tỷ lệ beta HCG dương tính ở nhóm ≤ 35 tuổi là 76,5% và nhóm >35 tuổi là 82,0%. Tỷ lệ có thai của nhóm tuổi trên 35 cao hơn nhưng $p=0,258$ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng của phụ nữ vô sinh hiếm muộn**

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 32.21 ± 4.0 tương đồng với những nghiên cứu trong nước của Lan và cộng sự (2015) [7]. Tuổi vợ càng cao thì tỷ lệ thụ thai càng giảm, khi tuổi trên 40 thì tỷ lệ có thai $<5\%$ mỗi tháng [8]. Đây là độ tuổi trong nghiên cứu khá lớn khi thực hiện TTON và có thể làm giảm khả năng thành công của điều trị. Thời gian hiếm muộn trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 5.28 ± 4.0 tương tự như các nghiên cứu khác trong nước [3], [9]. BMI $<25\text{kg/m}^2$ phù hợp với đặc điểm người dân Việt Nam.

Không có sự khác biệt về nguyên nhân hiếm muộn, trình độ học vấn với nghiên cứu trong nước, nguyên nhân chủ yếu liên quan đến bất thường tinh trùng của nam giới [3], [4]. Các dấu hiệu lâm sàng như: kinh nguyệt không đều, tiết sữa, đau bụng khi hành kinh không khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước, các dấu hiệu này cũng không ảnh hưởng đến kết quả điều trị TTTON [2], [5], [10], [11]. Hầu hết các nghiên cứu trong nước đều cho thấy tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm tỷ lệ cao hơn Vô sinh thứ phát, mặc dù số liệu dao động khá lớn từ các nghiên cứu, tuy nhiên tất cả các chỉ số đều trên 50% là vô sinh nguyên phát. Đây cũng là đặc điểm chung duy nhất của tất cả các nghiên cứu. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu thực hiện tại Châu Âu hay Châu Á cũng cho kết quả tương tự [3], [4], [8], [10].

Thời gian hiếm muộn trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 5.28 ± 4.0 , nhóm mong con 1 năm có 11 trường hợp, trong nhóm này chủ yếu bệnh nhân đã có giảm dự trữ buồng trứng, phẫu thuật u buồng trứng nên muốn điều trị cho có con sớm. Nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác trong nước. BMI trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình 21.8 ± 2.9 , đối tượng có BMI cao nhất là 29.5 kg/m^2 , không có đối tượng nào được chẩn đoán là béo phì. So với BMI trung bình của nghiên cứu của Lan và cộng sự [10] là 20.9 kg/m^2 . Đặc điểm đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước [3], [9].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến điều trị

AMH và AFC được xem như chỉ số đánh giá dự trữ Buồng trứng [7], [10], [11]. Chỉ số AMH đánh giá dự trữ Buồng trứng tốt hơn AFC, còn AFC tiên lượng đáp ứng Buồng trứng tốt hơn [3]. Với hệ số tương quan giữa AMH-AFC với số lượng noãn thu hồi lần lượt là 0.46 và 0.53, kết quả nghiên cứu cho thấy AFC tiên lượng số noãn thu được tốt hơn AMH. Bên cạnh đó, hệ số tương quan giữa AMH- AFC với số lượng phôi tạo ra lần lượt là 0.46 và 0.49, có mối tương quan mạnh giữa AFC so với AMH về tiên lượng số lượng phôi tạo ra. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước về giá trị của AMH-AFC về đánh giá dự trữ Buồng trứng, sự chiêu mộ nang noãn mỗi tháng khác nhau nên số lượng nang noãn đầu chu kỳ (AFC) cho giá trị tiên lượng về kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tốt hơn so với AMH [3], [4].

Độ dày NMTC được đo vào ngày chuyển phôi lần 1 và lần 2 lượt là $10.53 \pm 1.47 \text{ mm}$, $10.64 \pm 1.33 \text{ mm}$. Theo các nghiên cứu khác Fang và cs so sánh 3 nhóm bệnh nhân có độ dày niêm mạc trong ngày chuyển phôi lần lượt là: (1) niêm mạc $< 8 \text{ mm}$; (2) niêm mạc $8-14 \text{ mm}$ và (3) niêm mạc $> 14 \text{ mm}$. Kết quả cho thấy độ dày niêm mạc có ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai lâm sàng. Nhóm 1 cho tỷ lệ thai lâm sàng, số phôi làm tổ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 và 3 ($p < 0.01$) [5]. Tác giả ghi nhận Nội mạc tử cung có độ dày từ $8-14 \text{ mm}$ giúp phôi làm tổ cao hơn so với NMTC mỏng $< 7 \text{ mm}$ và dày $> 14 \text{ mm}$ [10].

4.3. Kết quả 02 lần chuyển phôi sau thụ tinh trong ống nghiệm

Lần chuyển phôi thứ 1, trong 180 khách hàng có 78 trường hợp xét nghiệm beta HCG dương tính với tỷ lệ 43.3% và tỷ lệ thai lâm sàng đạt 23.3%. Lần chuyển phôi thứ 2, có 115 khách hàng xét nghiệm beta HCG dương tính chiếm tỷ lệ 63.9% và thai lâm sàng chiếm 51.1%, trong 180 khách hàng chuyển phôi lần 2 bao gồm: 102 trường hợp thất bại với lần 1; 33 trường hợp thai sinh hóa lần 1; 3 trường hợp thai ngoài tử cung. 42 trường hợp có thai sanh bé chuyển phôi lần 2. Kết quả nghiên cứu chỉ có 01 trường hợp cả hai lần

chuyển phôi đều thai sinh hóa chiếm tỷ lệ 0.05%; có 13 trường hợp cả hai lần chuyển phôi đều có thai lâm sàng. Tỷ lệ có thai lâm sàng cộng dồn là 63,3%. Số liệu cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng giảm dần theo tuổi của người mẹ, sau 40 tuổi thì tỷ lệ có thai dưới 20% [11]. Ngược lại tỷ lệ sảy thai tự nhiên tăng dần theo tuổi mẹ, bất kể là thai tự nhiên hay thai thụ tinh trong ống nghiệm [8], [11], [12]. Do đó, số liệu trong nghiên cứu chúng tôi có khác biệt, điều này được giải thích là do (i) cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ; (ii) đối tượng tham gia là tất cả dân số làm thụ tinh ống nghiệm tại bệnh viện; (iii) không đồng bộ về chất lượng và số lượng phôi chuyển. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ quan sát tỷ lệ có thai sau chuyển phôi nên ghi nhận tất cả những trường hợp có chuyển phôi trong một lần kích thích Buồng trứng nên sẽ có những trường hợp phụ nữ trẻ tuổi chuyển phôi chất lượng xấu và phụ nữ lớn tuổi chuyển phôi chất lượng tốt, chính vì yếu tố nhiều này nên tỷ lệ có thai của hai nhóm nghiên cứu khác biệt so với các báo cáo trong và ngoài nước [5], [11], [12]. Chúng tôi đề nghị cần làm một nghiên cứu RCT (Randomized controlled trial) để đánh giá chính xác yếu tố độ tuổi và tỷ lệ có thai lâm sàng của phụ nữ theo tuổi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi rút ra được kết luận. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $32,21 \pm 4,0$. Có mối tương quan thuận giữa chỉ số AMH-AFC và độ tuổi phụ nữ, số lượng noãn thu hồi được. Kết quả điều trị: Tỷ lệ có thai lâm sàng trong lần chuyển phôi 1 là 23,3%, thai lâm sàng của chuyển phôi lần 2 là 51,1%. Tỷ lệ thai lâm sàng cộng dồn đạt 63,3. Tỷ lệ có thai lâm sàng của nhóm tuổi <35 và ≥ 35 khác biệt không có ý thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiến Lê Khắc (2020), Tổng quan về giá trị AMH trong dự đoán đáp ứng kích thích Buồng trứng khi sử dụng phác đồ GnRH antagonist ở phụ nữ Việt Nam, *Tạp chí y học sinh sản*, số 45, tr. 22-24.
2. Vương Thị Ngọc Lan, Võ Minh Tuấn (2015), *Giá trị các xét nghiệm AMH, FSH và AFC dự đoán đáp ứng Buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm*. Luận văn tiến sĩ y học- Đại học Y Dược TP HCM.
3. Lê Viết Nguyên Sa, Cao Ngọc Thành (2013). Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ FSH, E2, AMH huyết thanh và chỉ số AFC với đáp ứng kích thích Buồng trứng ở Bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm, *Tạp chí Phụ Sản*, số 11(4), tr. 20-25.
4. Lê Minh Tâm (2017), Nguy cơ thai ngoài tử cung sau chuyển phôi thụ tinh trong ống nghiệm, *Tạp chí Y học sinh sản*, số 43, tr. 45-47.
5. Abdullah, R. K., Liu, N., Zhao, Y., Shuang, Y., Shen, Z., Zeng, H., & Wu, J. (2020). Cumulative live-birth, perinatal and obstetric outcomes for POSEIDON groups after IVF/ICSI cycles: a single-center retrospective study. *Scientific Reports*, 10(1), pp. 1-13.
6. Asada, Y., Morimoto, Y., Nakaoka, Y., Yamasaki, T., Suehiro, Y., Sugimoto & Irahara, M. (2017), Age-specific serum anti-Müllerian hormone concentration in Japanese women and its usefulness as a predictor of the ovarian response, *Reproductive medicine and biology*, 16(4), pp. 364-373.
7. Fréour, T., Barrière, P., & Masson, D. (2017), Anti-müllerian hormone levels and evolution in women of reproductive age with breast cancer treated with chemotherapy, *European journal of cancer*, (74), pp. 1-8.
8. Iliodromiti, S., Anderson, R. A., & Nelson, S. M. (2015), Technical and performance characteristics of anti-Müllerian hormone and antral follicle count as biomarkers of ovarian response, *Human reproduction update*, 21(6), pp. 698-710.
9. Kano, M., Sosulski, A. E., Zhang, L., Saatcioglu, H. D., Wang, D., Nagykerly, N., & Pépin, D. (2017), AMH/MIS as a contraceptive that protects the ovarian reserve during

- chemotherapy, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(9), pp. 1688-1697.
10. Landersoe, S. K., Forman, J. L., Birch Petersen, K., Larsen, E. C., Nøhr, B., Hvidman, H. W., ... & Nyboe Andersen, A. (2020). Ovarian reserve markers in women using various hormonal contraceptives, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 25(1), pp. 65-71.
 11. Polyzos, N. P., Drakopoulos, P., Parra, J., Pellicer, A., Santos-Ribeiro, S., Tournaye, H., ... & Garcia-Velasco, J. (2018), Cumulative live birth rates according to the number of oocytes retrieved after the first ovarian stimulation for in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a multicenter multinational analysis including~ 15,000 women. *Fertility and sterility*, 110(4), 661-670.
 12. Tarín, J. J., Pascual, E., Pérez-Hoyos, S., Gómez, R., García-Pérez, M. A., & Cano, A. (2020), Cumulative probabilities of live birth across multiple complete IVF/ICSI cycles: a call for attention, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 37(1), pp. 141-148.

(Ngày nhận bài: 21/9/2020 - Ngày duyệt đăng: 06/10/2020)
