

sự, tác giả Tạ Văn Bình thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ ở những thai phụ đã từng sinh con trong những lần mang thai trước là 7,4% vì số người đã từng sinh con nặng trên 4000g chỉ chiếm 2,7% và tác giả cho rằng ngưỡng giá trị nguy cơ tiền sử đẻ con trên 4000g là không phù hợp với người Việt Nam, tác giả lấy ngưỡng so sánh là tiền sử sinh con nặng 3500g để phân nhóm và so sánh thấy tỷ lệ mắc bệnh ở hai nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Tuy nhiên, theo tác giả nếu lấy ngưỡng so sánh là tiền sử sinh con nặng $\geq 3600g$ thì thấy có sự khác biệt đặc biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Nguyễn Đức Vy và cộng sự cho rằng tiền sử sinh con $> 3600g$ là yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ. Cân nặng của trẻ lúc đẻ vừa là hậu quả, vừa là yếu tố nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cho lần mang thai sau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sàng lọc đái tháo đường thai kỳ cho 1450 thai phụ đang theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, có tuổi thai từ 24 -

28 tuần từ 01/01/2023 đến 30/06/2023, chúng tôi tìm thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 29,17% (423 thai phụ). Một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ: Độ tuổi mang thai của thai phụ > 35 , BMI > 23 làm tăng tỷ lệ bị đái tháo đường thai kỳ một cách có ý nghĩa thống kê; một số yếu tố khác như: tiền sử gia đình bị ĐĐTĐ và tiền sử bản thân thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sản khoa đẻ con to $\geq 3600g$ cũng có gây tăng tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ nhưng không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bích Nga.** Điều trị bệnh đái tháo đường thai kỳ, in Bệnh đái tháo đường thai kỳ. 2010, NXB Giáo dục Việt Nam. 88-122
2. **Đỗ Trung Quân.** Đái tháo đường thai nghén, Bệnh nội tiết chuyển hóa thường gặp, Nhà xuất bản Y học. 2005: 54-75
3. **Coustan DR** (1996). "Diabetes in pregnancy: screening and testing for gestational diabetes mellitus", Obstetric and Gynecology Clinics, vol 23, N 1, March 1996.
4. **A. Association.** Standards of medical care in diabetes-2010. Diabetes care. 33(supplement 1): 2010;. S11-S61.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN THỰC HIỆN PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH DI TRUYỀN TRƯỚC CHUYỂN PHÔI KHÔNG XÂM LẤN

Hồ Giang Nam^{1,2}, Trịnh Thế Sơn², Đặng Tiến Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thực hiện phương pháp phân tích di truyền trước chuyển phôi không xâm lấn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang trên 66 cặp vợ chồng có chỉ định PGT-A và NiPGT-A tình nguyện tham gia nghiên cứu từ 2020- 2023 tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh- Hà Nội, Bệnh viện HNDK Nghệ An được nuôi cấy phôi theo quy trình nuôi cấy đơn giọt. **Kết quả:** Tuổi trung bình vợ 35,20 \pm 4,12; vô sinh 2 chiếm 86,4%; chỉ định PGT-A, NiPGT-A chủ yếu do thất bại làm tổ liên tiếp (22,72%) và tuổi mẹ cao (59,09%); AMH trung bình là 3.32 \pm 2.04 (ng/ml), FSH 6.66 \pm 2.01 (mIU/ml), LH 5.87 \pm 2.91 (mIU/ml), E2 40.03 \pm 34.35(mIU/ml), P4: 0.21 \pm 0.19(mIU/ml), Prolactin 185.2 \pm 231.22; Số nang thứ cấp trung bình là 16.27 \pm 9.22; tổng liều FSH dùng trong chu kỳ kích thích buồng trứng có kiểm soát là 2567.42 \pm 452.84IU,

thời gian dùng FSH trung bình là 10.12 \pm 0.87ngày; số phức hợp noãn nang chọc hút được trung bình là 13.82 \pm 7.72 phức hợp; noãn MII 10.72 \pm 6.4; hợp tử 2PN trung bình là 8.77 \pm 5.53; tỷ lệ noãn MII trung bình là 79 \pm 17,4%; tỷ lệ thụ tinh là 82,81 \pm 15,96%; tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 là 93,75 \pm 14,87%, tỷ lệ phôi nang là 62,23 \pm 22,4%. **Kết luận:** Chỉ định PGT-A, NiPGT-A chủ yếu do thất bại làm tổ liên tiếp (59,1%) và tuổi mẹ cao (22,7%); tỷ lệ thụ tinh là 82,81 \pm 15,96%; tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 là 93,75 \pm 14,87%, tỷ lệ phôi nang là 62,23 \pm 22,4%

Từ khóa: Nuôi cấy phôi đơn giọt, thụ tinh ống nghiệm, niPGT.

SUMMARY

TO INVESTIGATE CHARACTERISTICS OF PATIENT USING NON-INVASIVE PRE-IMPLANTATION GENETIC TEST

Objectives: To investigate characteristics of patient using non-invasive pre-implantation genetic test. **Subject and methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted on 66 volunteer couples with indication for PGT-A và NiPGT-A from 2020 to 2023 at the Military of Institute Clinical Embryology and Histology, Tam Anh Hospital, Nghe An General Hospital; embryos were cultured by using single-drop culture process. **Results:** The mean age of 66 patients was 35,20 \pm 4,12; secondary infertility

¹Sở Y tế Nghệ An

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Giang Nam

Email: giangnamho.sna@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

accounts for 86,4%; Main indications for PGT-A and NiPGT-A mainly include consecutive implantation failure (22,72%) and advanced maternal age (59,09%); the mean level of FSH: 6.66 ± 2.01 (mIU/ml), LH 5.87 ± 2.91 (mIU/ml), E2 40.03 ± 34.35 (mIU/ml), P4: 0.21 ± 0.19 (mIU/ml), Prolactin 185.2 ± 231.22 ; the mean number of Antral follicles count was 16.27 ± 9.22 ; total FSH dose used in controlled ovarian stimulation cycle was 2567.42 ± 452.84 IU, the mean duration of FSH administration was 10.12 ± 0.87 days; the average number of aspirated oocyte corona complexes was 13.82 ± 7.72 complexes. MII oocyte was 10.72 ± 6.4 ; the mean 2PN zygote was 8.77 ± 5.53 ; the mean MII oocyte rate was $79 \pm 17,4\%$; the fertilization rate was $82,81 \pm 15,96\%$; the percentage of day-3 cleavage embryo was $93,75 \pm 14,87\%$, the blastulation rate was $62,23 \pm 22,4\%$. **Conclusions:** Main indications for PGT-A and NiPGT-A mainly include consecutive implantation failure (59,1%) and advanced maternal age (22,7 the percentage of day-3 cleavage embryo was $93,75 \pm 14,87\%$, the blastulation rate was $62,23 \pm 22,4\%$. **Keywords:** single-drop embryo culture, individual embryo culture, in vitro fertilization, niPGT, noninvasive pre-implantation genetic testing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc di truyền trước chuyển phôi (Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy: PGT-A) xác định lệch bội nhiễm sắc thể ở phôi, giúp cải thiện tỷ lệ thành công của thụ tinh trong ống nghiệm. Tỷ lệ thai phát triển, tỷ lệ sinh con sống tăng lên đáng kể ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao như tuổi cao, chuyển phôi thất bại nhiều lần hay sảy thai liên tiếp (Friedenthal 2018; Bellver 2019) [1], [2]. Trong PGT-A, mẫu tế bào lá nuôi (trophoblast - TE) được sinh thiết ở phôi ngày 5 được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, độ chính xác của PGT-A liên quan đến thể khảm, tính an toàn của sinh thiết phôi ngày 5 và sự cân nhắc trong chỉ định PGT-A với nhóm đối tượng khác nhau vẫn có những quan điểm trái ngược.

Thể khảm, tính an toàn trong quá trình sinh thiết phôi vẫn được coi là yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả và độ chính xác của PGT-A trên mẫu tế bào TE. Tỷ lệ khảm của phôi trong PGT-A từ 30 - 40%, dẫn tới hiện tượng dương tính giả hoặc âm tính giả trong PGT-A. Hơn nữa, quy trình sinh thiết phôi vẫn được coi là kỹ thuật xâm lấn có thể gây ảnh hưởng khả năng làm tổ của phôi. Các yếu tố quan trọng khác liên quan đến sinh thiết TE như giá thành cao và yêu cầu người sinh thiết cần được đào tạo bài bản là những vấn đề làm cho việc áp dụng PGT-A rộng rãi khó khăn hơn.

Để khắc phục những nhược điểm của PGT-A, sàng lọc di truyền trước chuyển phôi không xâm lấn (Noninvasive PGT-A/NiPGT-A) được ưu tiên nghiên cứu. NiPGT-A ban đầu được tiến hành bằng việc phát hiện và khuếch đại thành công

ADN tự do (cell-free DNA/cfDNA) có nguồn gốc từ các tế bào phôi trong dịch nang. Tuy nhiên, sự phù hợp của kết quả lệch bội giữa phân tích trên dịch nang và toàn bộ phôi không thống nhất (48 - 97%) (Magli, 2019) [3]. Bên cạnh đó, một số báo cáo về NiPGT-A dựa vào việc phân tích ADN tự do của phôi trong dịch nuôi cấy đã được báo cáo. Kết quả NiPGT-A có độ tương đồng thấp so với PGT-A. Nguyên nhân được cho là do nhiễm tế bào của người mẹ và thể khảm. Gần đây, Fang và cộng sự (2019) công bố 27 trẻ sinh sống khỏe mạnh sau khi chuyển 50 phôi lưỡng bội được xác định bằng NiPGT-A [4]. Kết quả phân tích NiPGT-A trên mẫu cfDNA của dịch nang có độ tương đồng cao hơn so với PGT-A trên mẫu TE (Kuznyetsov, 2018) [5]. Kết quả NiPGT-A phân tích cfDNA trên mẫu dịch nuôi cấy có độ tin cậy cao hơn có với PGT-A trên mẫu TE (Huang, 2019) [6]. Sử dụng dịch cfDNA phục vụ phân tích rối loạn nhiễm sắc thể của phôi được cho là có thể giải quyết được những lo ngại liên quan đến PGT-A như độ chính xác, tính xâm lấn.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thực hiện phương pháp phân tích di truyền trước chuyển phôi không xâm lấn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm. Đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, gồm 189 phôi từ 66 cặp vợ chồng có chỉ định PGT-A, NiPGT-A.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân có chỉ định làm PGT-A, NiPGT-A đủ hồ sơ.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quá trình thực hiện không tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: từ 2020-2023 tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, Bệnh viện Tâm Anh và Bệnh viện HNĐK Nghệ An.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành theo phương pháp nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang. Quy trình nuôi cấy đơn giọt bao gồm các bước:

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, Kích thích buồng trứng có kiểm soát bằng phác đồ GnRH/Antagonist, Chọc hút noãn; Tìm phức hợp noãn-nang, ủ noãn, loại bỏ tế bào nang bằng men hyaluronidase; Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn, theo dõi thụ tinh.

Đánh giá sự phát triển, và hình thái phôi phân cắt tại N3, rửa phôi, chuyển các phôi sang môi trường nuôi cấy đơn giọt (15 μ L), hồ trợ

thoát màng bằng laser; đánh giá sự phát triển phôi nang và hình thái phôi (blastocyst) tại N5 hoặc N6.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

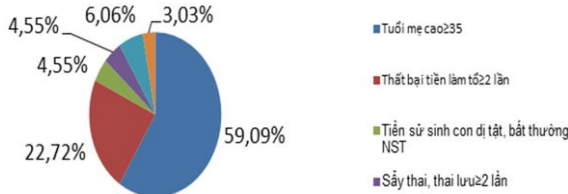
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình của vợ là 35,20 ± 4,12, trẻ nhất 26 tuổi, lớn nhất 47 tuổi. Tuổi trung bình của chồng là 38,76 ± 5,19, trẻ nhất 26 lớn nhất là 53 tuổi. Vô sinh I có 9 trường hợp (13,6%), vô sinh thứ phát có 57 trường hợp, chiếm 86,4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung về bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	M ± SD	Min	Max
Tuổi vợ	35,20 ± 4,12	26	47
Tuổi chồng	38,76 ± 5,19	26	53

Mối liên hệ giữa tuổi mẹ và vô sinh và bất thường NST được nhiều nghiên cứu chứng minh. Franasiak và cộng sự (2014) khi nghiên cứu trên 15169 phôi khẳng định vai trò tuổi người mẹ ảnh hưởng đến số lượng noãn, khả năng phát triển của phôi cũng như kết quả của chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm [7]. Tác giả này cho thấy tỷ lệ đột biến NST tăng dần theo tuổi mẹ sau 26 tuổi. Tỷ lệ lệch bội NST thấp nhất ở nhóm tuổi từ 26 tới 37 với 2 - 6%, lệch bội NST là 33% ở tuổi 42 và 53% ở tuổi 44. Tuổi càng cao, tỷ lệ lệch bội nhiễm sắc thể càng tăng, đặc biệt ở phụ nữ, do đó bất thường NST tăng lên. Năm 2016, Minasi và cộng sự đánh giá tỷ lệ lệch bội ở phôi của các nhóm tuổi mẹ cũng cho kết quả tỷ lệ này tăng lên theo nhóm tuổi mẹ và với nhóm tuổi mẹ trên 41 tuổi thì tỷ lệ này cao gấp 1,73 lần so với phôi của nhóm tuổi mẹ dưới 32 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của vợ là 35,20 ± 4,12, trẻ nhất 26 tuổi, lớn nhất là 47 tuổi. Tuổi trung bình của bố là 38,76 ± 5,19, trẻ nhất 26 lớn nhất là 53 tuổi.



Biểu đồ 1. Chi định PGT-A và NiPGT-A

Chi định PGT-A, NiPGT-A chủ yếu do thất bại làm tổ liên tiếp (22,72%) và tuổi mẹ cao (59,09).

Santiago Munné năm 2018 chỉ ra rằng những phụ nữ trên 35 tuổi nên có chỉ định PGT [9]. Theo Khuyến cáo của hội sinh sản người và phôi học châu Âu năm 2020 về thực hành tốt xét nghiệm di truyền tiền làm tổ, chỉ định PGT-A bao gồm: tuổi mẹ cao, thất bại làm tổ liên tiếp, sảy

thai liên tiếp, vô sinh nam nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định PGT-A, NiPGT-A chủ yếu do thất bại làm tổ liên tiếp và tuổi mẹ cao, ngoài ra còn có các lý do khác là tiền sử sinh con dị tật, bất thường NST, sảy thai, thai lưu ≥ 2 lần, thiếu năng tinh trùng nặng.

3.2. Đặc điểm về chu kỳ kích thích buồng trứng có kiểm soát cơ bản của đối tượng nghiên cứu. Nồng độ FSH, LH trung bình trong ngưỡng bình thường của tham chiếu xét nghiệm. Chỉ số AMH trung bình là 3,32 ± 2,04, thấp nhất là 0,56, cao nhất là 8,92pg/mL. Số nang thứ cấp trung bình là 16,27 ± 9,22. Tổng liều FSH dùng trong chu kỳ kích thích buồng trứng có kiểm soát là 2567,42 ± 452,84IU, thời gian dùng FSH trung bình là 10,12 ± 0,87 ngày.

Bảng 2. Các đặc điểm về chu kỳ kích thích buồng trứng có kiểm soát của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu NC	Mean ± SD	Min	Max
FSH ngày 2CKK (mIU/ml)	6,66 ± 2,01	3,31	12,09
LH ngày 2CKK (mIU/ml)	5,87 ± 2,91	1,84	18,20
AMH ngày 2CKK (ng/ml)	3,32 ± 2,04	0,56	8,92
Số nang AFC ngày 2CKK	16,27 ± 9,22	4	63
Tổng liều FSH sử dụng (IU)	2567,42 ± 452,84	1500	3750
Số ngày dùng FSH (ngày)	10,12 ± 0,87	8	12
Nội tiết E2 ngày hCG (pg/mL)	4429,76 ± 3181,86	840,9	14084

Mặc dù việc định lượng hormone AMH (anti-Mullerian hormone) có vai trò đánh giá dự trữ buồng trứng tốt hơn, nhưng việc định lượng hormone FSH, LH và E2 ngày thứ 2 và thứ 3 của chu kỳ kinh vẫn có giá trị trong việc đánh giá dự trữ buồng trứng cũng như quyết định liều FSH sử dụng trong kích thích buồng trứng. AMH có liên quan chặt chẽ tới sự chiều mộ nang noãn, và là marker của dự trữ buồng trứng. Nghiên cứu của Shilenkova 2020 cho rằng AMH, tuổi mẹ cao, FSH có liên quan đến lệch bội NST [10].

3.3. Kết quả noãn, phôi của đối tượng nghiên cứu. Số phức hợp noãn nang chọc được trung bình là 13,82 ± 7,72 phức hợp, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 34. Noãn MII chiếm đa số với trung bình là 10,72 ± 6,39, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 28. Noãn GV trung bình là 0,26 ± 0,59, nhỏ nhất là 0, lớn nhất là 2. Noãn MI trung bình là 0,85 ± 1,28, nhỏ nhất là 0, lớn nhất là 4.

Noãn thoái hóa trung bình là $1,75 \pm 2,35$, nhỏ nhất là 0, lớn nhất là 10.

Số noãn ICSI trung bình là $10,63 \pm 6,18$, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 28. Hợp tử 2PN trung bình là $8,77 \pm 5,53$, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 27. Phôi phân cắt N3 trung bình là $7,93 \pm 4,89$, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 27. Phôi nang trung bình là $5,05 \pm 2,86$, nhỏ nhất là 0, lớn nhất là 15.

Tỷ lệ noãn MII trung bình là $79 \pm 17,4\%$. Tỷ lệ thụ tinh (số hợp tử 2PN/ số noãn ICSI) là $82,81 \pm 15,96\%$, tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 (số phôi phân cắt tại N3/ số hợp tử 2PN) là $93,75 \pm 14,87\%$, tỷ lệ phôi nang (số phôi nang/số hợp tử 2PN) là $62,23 \pm 22,40\%$.

Bảng 3. Kết quả noãn, phôi của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu NC	Kết quả	Min	Max
Số phức hợp noãn nang chọc được	$13,82 \pm 7,72$	1	34
Noãn GV	$0,26 \pm 0,59$	0	2
Noãn MI	$0,85 \pm 1,28$	0	4
Noãn M2	$10,72 \pm 6,39$	1	28
Noãn thoái hóa	$1,75 \pm 2,35$	0	10
Tỷ lệ noãn GV (%)	$1,71 \pm 4,20$	0	18.2
Tỷ lệ noãn MI (%)	$5,88 \pm 9,1$	0	44.4
Tỷ lệ noãn MII (%)	$79 \pm 17,4$	31	100
Tỷ lệ noãn thoái hóa (%)	$11.57 \pm 14,5$	0	63
Số noãn ICSI	$10,63 \pm 6,18$	1	28
Hợp tử 2PN	$8,77 \pm 5,53$	1	27
Số Phôi phân cắt N3	$7,93 \pm 4,89$	1	27
Số Phôi nang	$5,05 \pm 2,86$	0	15
Tỷ lệ thụ tinh (%)	$82,81 \pm 15,96$	50	100
Tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 (%)	$93,75 \pm 14,87$	15	100
Tỷ lệ tạo phôi nang (%)	$62,23 \pm 22,40$	0	100

Ebner và cộng sự tiến hành nghiên cứu năm 2010 thấy tỷ lệ thụ tinh ở nhóm ICSI là 80,7%, ở nhóm IVF là 69%, trên nhóm nghiên cứu với tuổi trung bình là 31,6, AMH trung bình là 6,0ng/mL. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thụ tinh trung bình là $82,81 \pm 15,96\%$, với độ tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ($35,20 \pm 4,12$ tuổi), AMH thấp hơn nhóm nghiên cứu của Ebner (Nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $3,32 \pm 2,04$ ng/mL, ngoài ra nghiên cứu của Ebner chỉ lựa chọn những đối tượng có ít nhất 9 hợp tử. Tỷ lệ noãn trưởng thành trong nghiên cứu của Ebner 2010 là 89,3%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là $79 \pm 17,4$. Tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 của chúng tôi là $93,75 \pm 14,87\%$, nghiên cứu của Ebner là 95-96%. Nghiên cứu nuôi phôi đơn giọt của chúng tôi có tỷ lệ phôi nang là $62,23 \pm 22,40$, tỷ lệ phôi nang

của Ebner khi nuôi đơn giọt là 45,2%, khi nuôi gộp là 55,8%.

IV. KẾT LUẬN

Chỉ định PGT-A, NiPGT-A chủ yếu do thất bại làm tổ liên tiếp (59,1%) và tuổi mẹ cao (22,7%); tỷ lệ thụ tinh là $82,81 \pm 15,96\%$; tỷ lệ phôi phân cắt ngày 3 là $93,75 \pm 14,87\%$, tỷ lệ phôi nang là $62,23 \pm 22,4\%$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Friedenthal J., Maxwell S.M., Munné S. et al.** (2018). Next generation sequencing for preimplantation genetic screening improves pregnancy outcomes compared with array comparative genomic hybridization in single thawed euploid embryo transfer cycles. *Fertility and Sterility*, 109(4), 627–632.
- Bellver J., Bosch E., Espinós J.J. et al.** (2019). Second-generation preimplantation genetic testing for aneuploidy in assisted reproduction: a SWOT analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, 39(6), 905–915.
- Magli M.C., Albanese C., Crippa A. et al.** (2019). Deoxyribonucleic acid detection in blastocoelic fluid: a new predictor of embryo ploidy and viable pregnancy. *Fertility and Sterility*, 111(1), 77–85.
- Fang R., Yang W., Zhao X. et al.** (2019). Chromosome screening using culture medium of embryos fertilised in vitro: a pilot clinical study. *J Transl Med*, 17(1), 73.
- Kuznyetsov V., Madjunkova S., Antes R. et al.** (2018). Evaluation of a novel non-invasive preimplantation genetic screening approach. *PLoS One*, 13(5), e0197262.
- Huang L., Bogale B., Tang Y. et al.** (2019). Noninvasive preimplantation genetic testing for aneuploidy in spent medium may be more reliable than trophoctoderm biopsy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(28), 14105–14112.
- Franasiak J.M., Forman E.J., Hong K.H. et al.** (2014). The nature of aneuploidy with increasing age of the female partner: a review of 15,169 consecutive trophoctoderm biopsies evaluated with comprehensive chromosomal screening. *Fertil Steril*, 101(3), 656–663.e1.
- Minasi M.G., Colasante A., Riccio T. et al.** (2016). Correlation between aneuploidy, standard morphology evaluation and morphokinetic development in 1730 biopsied blastocysts: a consecutive case series study. *Hum Reprod*, 31(10), 2245–2254.
- Munné S., Wells D.** (2017). Detection of mosaicism at blastocyst stage with the use of high-resolution next-generation sequencing. *Fertil Steril*, 107(5), 1085–1091.
- Shilenkova Y.V., Pendina A.A., Mekina I.D. et al.** (2020). Age and Serum AMH and FSH Levels as Predictors of the Number of Oocytes Retrieved from Chromosomal Translocation Carriers after Controlled Ovarian Hyperstimulation: Applicability and Limitations. *Genes (Basel)*, 12(1), 18.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU CẮT BAO QUY ĐẦU

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Dương Khánh Duy¹, Chu Thị Chi¹

TÓM TẮT

Cắt bao quy đầu là một thủ thuật phổ biến trên toàn thế giới được thực hiện khi cắt bỏ đi phần bao quy đầu của dương vật. Do có nhiều lí do cho việc cắt bao quy đầu, cả chủ động và bị động từ phía người bệnh, nam giới trải qua thủ thuật này có những kì vọng khác nhau nên chính vì thế có mức độ hài lòng khác nhau đối với kết quả sau cắt. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 127 nam giới cắt bao quy đầu tại phòng thủ thuật của khoa Nam học và Y học giới tính, bệnh viện Đại học Y Hà Nội để đánh giá sự hài lòng sau cắt và tìm hiểu một vài yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh cắt bao quy đầu có độ tuổi trung bình là 28,1±7,8, chủ yếu sống ở khu vực thành thị với 79,1% và 74,5% có trình độ từ đại học trở lên. Người bệnh hài lòng chung về dịch vụ cắt bao quy đầu chiếm 88,2%. Mô hình hồi quy logistic đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng sau cắt bao quy đầu cho thấy việc được tư vấn trước phẫu thuật và bệnh lý kèm theo có liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của nghiên cứu có ý nghĩa quan trọng để đưa ra các phương án nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ của khoa phòng nói riêng và bệnh viện nói chung trong thời gian tới.

Từ khóa: sự hài lòng, cắt bao quy đầu

SUMMARY

EVALUATION OF FACTORS ASSOCIATED TO PATIENTS' SATISFACTION AFTER CIRCUMCISION

Circumcision is a common procedure worldwide that involves removing the foreskin of the penis. There are many reasons for circumcision, both active and passive on the part of the patient, so men undergoing this procedure have different expectations and therefore have different levels of satisfaction with the results. We conducted the study on 127 circumcised men at the department of Andrology and Sexual Medicine, Hanoi Medical University Hospital to assess satisfaction levels after circumcision and evaluate some related factors. The results showed that patients' average age was 28.1±7.8, mainly living in urban areas with 79.1% and 74.5% having a level of education from university and above. Overall patient satisfaction with circumcision services accounts for 88.2%. The logistic regression model evaluating factors affecting satisfaction after circumcision showed that preoperative consultation and comorbidities were

statistically associated factors with $p < 0.05$. The study is important for providing solutions to improve the service quality of departments in particular and hospitals in general in the future.

Keywords: satisfaction, circumcision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt bao quy đầu ở nam giới là một thủ thuật phổ biến trên toàn thế giới được thực hiện khi cắt bỏ đi phần bao quy đầu của dương vật [1]. Chỉ định cho thủ thuật này bao gồm hẹp bao quy đầu, viêm bao quy đầu và quy đầu. Ngoài ra, nhiều nam giới lựa chọn cắt bao quy đầu với mục đích tôn giáo, thẩm mỹ hoặc để phòng mắc bệnh. Thủ thuật này có liên quan đến nhiều lợi ích sức khỏe cho nam giới bao gồm giảm nguy cơ nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, nhiễm khuẩn tiết niệu và ung thư dương vật, đặc biệt là trong bối cảnh cắt bao quy đầu ở trẻ sơ sinh. Trên thế giới, các quốc gia Tây Âu, Bắc Mỹ và Trung Đông vì lý do văn hóa và tôn giáo thường tiến hành cắt bao quy đầu khi còn nhỏ; thủ thuật này được gọi là cắt bao quy đầu cho trẻ sơ sinh sớm. Khi tiến hành thủ thuật này thì cha mẹ, không phải chính bệnh nhân, có quyền tự quyết định xem có nên thực hiện cắt bao quy đầu hay không. Tuy nhiên, tỷ lệ cắt bao quy đầu sớm ở trẻ sơ sinh còn thấp ở Đông Á; ví dụ, có báo cáo cho rằng tỷ lệ cắt bao quy đầu ở trẻ sơ sinh sớm chỉ dưới 3% ở Trung Quốc [2]. Nam giới trưởng thành chủ động tìm đến cắt bao quy đầu vì tình trạng hẹp bao quy đầu hoặc viêm quy đầu. Hơn nữa, một số người có thể cảm nhận rằng dương vật sau khi cắt trông đẹp hơn (lý do về mặt thẩm mỹ) và một số người tin rằng cắt bao quy đầu có thể giúp giải quyết vấn đề xuất tinh sớm.

Hiện tại, có nhiều phương pháp cắt bao quy đầu, trong đó, việc cắt bằng tay và khâu chỉ cầm máu là thường quy nhất vì phương pháp này đảm bảo tính thẩm mỹ, an toàn và ít có biến chứng. Vì nam giới có những lý do khác nhau để cắt bao quy đầu nên họ cũng có những kỳ vọng khác nhau về kết quả và từ đó làm ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân. Hiểu được các yếu tố dự đoán liên quan đến sự hài lòng sau phẫu thuật là rất quan trọng để lựa chọn và tư vấn bệnh nhân trước khi cắt bao quy đầu, cũng như cải thiện việc chăm sóc hậu phẫu. Sự hài lòng của người bệnh đối với một dịch vụ chăm sóc sức khỏe là một chỉ số quan trọng giúp đo

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024