

3. **Seo GJ, Sohn DK, Han KS, et al.** Recurrence after endoscopic piecemeal mucosal resection for large sessile colorectal polyps. *World J Gastroenterol.* 2010; 16(22): 2806-2811. doi:10.3748/wjg.v16.i22.2806
4. **Phạm BN, Vũ TK, Đào VL.** Nghiên Cứu Giá Trị Của Nội Soi Phóng Đại Nhuộm Màu Áo (Fice) Và Nhuộm Màu Thập (Crystal Violet) Trong Dự Đoán Kết Quả Mô Bệnh Học Polyp Đại Trục Tràng. *VMJ.* 2021;506(1). doi:10.51298/vmj.v506i1.1200
5. **Meseeha M, Attia M. Colon Polyps.** In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2023. Accessed July 14, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430761/>
6. **Tanaka S, Oka S, Chayama K.** Colorectal endoscopic submucosal dissection: present status and future perspective, including its differentiation from endoscopic mucosal resection. *J Gastroenterol.* 2008;43(9): 641-651. doi:10.1007/s00535-008-2223-4
7. **Terasaki M, Tanaka S, Oka S, et al.** Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for laterally spreading tumors larger than 20 mm. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27(4):734-740. doi:10.1111/j.1440-1746.2011.06977.x

## KẾT QUẢ CHUYỂN PHÔI ĐÔNG LẠNH ĐƯỢC CHUẨN BỊ NIÊM MẠC BẰNG LETROZOLE VÀ PHÁC ĐỒ NGOẠI SINH

Dương Tiến Tùng<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thu Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Mạnh Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh kết quả chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị bằng phác đồ letrozole và phác đồ ngoại sinh ở bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu dựa trên dữ liệu 99 bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh, được chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng phác đồ letrozole (n = 48) và phác đồ ngoại sinh (n = 51), trong thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 3/2024 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Khi chuẩn bị niêm mạc tử cung ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường, phác đồ letrozole cho tỉ lệ có thai tương đương với phác đồ ngoại sinh (56,25% so với 56,86%), nhưng tỉ lệ thai lâm sàng cao hơn (50,00% so với 41,18%) với liều progesterone ngoại sinh hỗ trợ hoàng thể bằng một nửa. **Kết luận:** Phác đồ letrozole là một lựa chọn tốt để chuẩn bị niêm mạc tử cung ở bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường.

**Từ khóa:** letrozole, phác đồ ngoại sinh, chuyển phôi đông lạnh, chuẩn bị niêm mạc, IVF, FET

### SUMMARY

#### FROZEN EMBRYO TRANSFER: ENDOMETRIAL PREPARATION BY LETROZOLE AND HORMONE REPLACEMENT CYCLE

**Objective:** Comparison of clinical outcomes of frozen embryo transfer prepared with letrozole versus hormone replacement in patients with normal menstrual cycles. **Methods:** A retrospective study based on data from 99 patients undergoing frozen embryo transfer (FET), with endometrial preparation using letrozole regimens (n = 48) and hormone replacement (n = 51), conducted from March 2023 to

March 2024 at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** When preparing the endometrium in women with normal menstrual cycles, the letrozole regimen results in a pregnancy rate comparable to the exogenous hormone regimen (56.25% vs. 56.86%) and a higher clinical pregnancy rate (50.00% vs. 41.18%), while requiring only half the dose of exogenous progesterone for luteal phase support. **Conclusion:** The letrozole regimen is a good option for endometrial preparation in patients with normal menstrual cycles. **Keywords:** Letrozole, hormone replacement, endometrial preparation, frozen embryo transfer, IVF, FET.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển phôi đông lạnh là phương pháp hiệu quả trong chu kỳ thụ tinh ống nghiệm giúp ngăn ngừa hội chứng quá kích buồng trứng và tăng tỉ lệ có thai.<sup>1</sup> Các yếu tố tác động chính đến kết quả IVF bao gồm chất lượng phôi, sự đồng bộ giữa phôi – niêm mạc tử cung và sự tiếp nhận của niêm mạc tử cung (NMTC).<sup>2</sup> Trong đó, sự tiếp nhận của niêm mạc tử cung được quyết định bởi quá trình chuẩn bị niêm mạc tử cung trước đó.

Trong chu kỳ kinh nguyệt, niêm mạc tử cung phát triển qua hai giai đoạn chính: tăng sinh và chế tiết. Để chuẩn bị niêm mạc trong chu kỳ chuyển phôi đông lạnh, có nhiều phác đồ khác nhau được sử dụng nhưng tất cả đều dựa trên mô phỏng hai giai đoạn này. Ba phác đồ chính để chuẩn bị niêm mạc tử cung bao gồm: 1) Phác đồ ngoại sinh: dùng nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị NMTC; 2) Phác đồ tự nhiên: sử dụng nội tiết tử sự phát triển của các nang trứng để chuẩn bị niêm mạc, LH nội sinh hoặc HCG được dùng để chuyển pha niêm mạc; 3) Phác đồ kích thích buồng trứng nhẹ: kích thích sự phát triển của các nang trứng bằng các thuốc (clomiphene

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Tiến Tùng

Email: duongtungmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

citrate, letrozole có/không có bổ sung hMG), nội tiết từ các nang trứng nay sẽ giúp chuẩn bị NMTC. Tuy nhiên, hiện chưa có phác đồ nào được chứng minh là vượt trội so với các phác đồ còn lại.<sup>3</sup>

Letrozole là một chất ức chế aromatase, qua đó ức chế tế bào nang sản xuất estrogen từ androgen. Việc giảm estrogen sẽ tạo feedback dương lên tuyến yên làm tăng tiết FSH, từ đó kích thích sự phát triển của nang trứng. Letrozole không làm giảm các thụ thể của estrogen và không tác động tiêu cực lên niêm mạc tử cung. Ngoài ra, letrozole có thời gian bán hủy khoảng 2 ngày, và số lượng nang trứng trội trong chu kỳ letrozole tương đương với chu kỳ tự nhiên (1 – 2 nang trứng trội) nên hạn chế được ảnh hưởng của estradiol liều cao tới NMTC.<sup>4,5</sup>

Chuẩn bị NMTC bằng letrozole bước đầu đã chứng minh được hiệu quả, tuy nhiên vì tính "off-label" của letrozole nên cần thêm nhiều nghiên cứu để chứng minh hiệu quả lâm sàng.<sup>6</sup> Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích so sánh kết quả mang thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị niêm mạc bằng letrozole so với phác đồ ngoại sinh trên những bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các trường hợp thực hiện chu kỳ IVF và chuyển phôi đông lạnh tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong thời gian từ tháng 3/2023 tới tháng 3/2024.

### ❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 – 40 tuổi
- Có chu kỳ kinh nguyệt bình thường: 28 – 35 ngày
- Có phôi đông lạnh và được chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ Letrozole hoặc phác đồ ngoại sinh

- BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>

### ❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị bất thường buồng tử cung: dính buồng tử cung, dị dạng buồng tử cung, polyp buồng tử cung, ứ dịch sẹo mổ lấy thai
- U xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung
- Tiền sử sảy thai liên tiếp, thai lưu liên tiếp

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu

❖ Quy trình nghiên cứu:

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist. Gây trưởng thành trứng bằng hCG (Ovitrell 250 mcg hoặc IVF-C 5000) khi có  $\geq 3$  nang có kích thước trên 17mm. Chọc hút trứng sau đó 35 – 36 giờ.

- Trứng trưởng thành (trứng MII) được kết hợp với tinh trùng bằng phương pháp ICSI. Nuôi cấy và đánh giá chất lượng phôi được tiến hành theo quy trình thường quy tại Lab IVF Đại học Y Hà Nội.

- Phôi được trữ đông toàn bộ ngày 2 (phôi phân cắt) hoặc ngày 5 (phôi nang).

- Bệnh nhân được siêu âm vào ngày 2 (hoặc ngày 3) chu kỳ kinh. Nếu đủ điều kiện sẽ bắt đầu cho thuốc chuẩn bị niêm mạc, chia thành 2 nhóm:

○ Nhóm chuẩn bị niêm mạc bằng Letrozole: Uống Letrozole 5 mg trong 5 ngày đầu tiên. Theo dõi sự phát triển của nang trứng bằng siêu âm đầu do âm đạo từ ngày thứ 9 của chu kỳ. Khi có nang trội > 17mm và độ dày niêm mạc tử cung từ 8 – 14 mm bệnh nhân sẽ được tiêm 10.000 IU HCG và bổ sung progesterone (đường uống và đặt âm đạo) sau 24 – 36 giờ. Chuyển phôi sau 5 ngày (không kể ngày đặt thuốc).

○ Nhóm chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ ngoại sinh: sử dụng estradiol đường uống liều 4 – 16 mg từ ngày 2 (hoặc ngày 3) chu kỳ. Theo dõi độ dày niêm mạc từ ngày 9 chu kỳ. Khi độ dày niêm mạc đạt 8 – 14 mm và có dạng 3 lá, bệnh nhân được bổ sung progesterone (đường uống và đặt âm đạo). Chuyển phôi sau 5 ngày (không kể ngày bắt đầu đặt thuốc).

- Các trường hợp đều là chuyển phôi ngày 5 (phôi nang). Phôi được rã đông nuôi tới ngày 5 (với phôi đông ngày 2) hoặc rã đông và chuyển phôi sau đó 2 – 4 giờ (với phôi ngày 5). Chất lượng phôi được đánh giá trước chuyển phôi 1 giờ.

- Hỗ trợ hoàng thể bằng progesterone ngoại sinh, cụ thể: 1. Phác đồ letrozole: Utrogestan 200mg liều 400mg/ngày, Duphaston 10mg liều 20 mg/ngày; 2. Phác đồ ngoại sinh: Utrogestan 200 mg liều 800mg/ngày, duphaston 10 mg liều 40mg/ngày.

- Test thử thai bằng xét nghiệm  $\beta$ HCG máu sau chuyển phôi 10 - 12 ngày, xác định là có thai khi  $\beta$ HCG > 25 IU/L.

- Siêu âm thực hiện sau chuyển phôi 28 – 30 ngày, nếu có tim thai là có thai lâm sàng.

## 2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, thời gian vô sinh, phân loại vô sinh, và BMI của người vợ;

- Hai xét nghiệm nội tiết chính là AMH, FSH của người vợ;

- Số ngày kích thích buồng trứng (sử dụng FSH ngoại sinh), tổng liều FSH (IU);

- Số trứng trưởng thành (trứng MII), số phôi ngày 2 thu được;

- Số ngày pha tăng sinh của chu kỳ chuẩn bị niêm mạc, độ dày niêm mạc tử cung tại ngày cuối cùng của pha tăng sinh (mm);

- Số phôi, chất lượng phôi chuyển (phôi ngày 5 – phân loại Gardner), phôi tiềm năng là các phôi độ I và độ II;
- Tỷ lệ có thai tính bằng số chu kỳ có  $\beta$ HCG > 25 IU/L tại ngày 10 - 12 sau chuyển phôi trên tổng số chu kỳ chuyển phôi;
- Thai sinh hóa: có  $\beta$ HCG nhưng sau đó siêu âm không có túi thai;
- Thai lâm sàng: có tim thai tại thời điểm 28 - 35 ngày sau chuyển phôi.

**2.4. Xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 22.0. Sử dụng các phép toán thống kê mô tả cho các biến định tính và định lượng.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu thuộc loại mô tả hồi cứu, không can thiệp trên bệnh nhân và được sự cho phép của lãnh đạo Trung tâm HTSS&CNMG, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thông tin bệnh nhân được mã hoá, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 3/2023 tới tháng 3/2024, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép có 99 bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó có 48 trường hợp được chuẩn bị niêm mạc bằng letrozole (chiếm 48,5%) và 51 bệnh nhân chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ ngoại sinh (chiếm 51,5%).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm cơ bản như tuổi, thời gian vô sinh, BMI cũng như các chỉ số xét nghiệm nội tiết (AMH, FSH) ở cả 2 nhóm bệnh nhân.

**Bảng 1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Phác đồ Letrozole (n = 48)	Phác đồ ngoại sinh (n=51)	p
Tuổi	31,30 ± 3,44	33,31 ± 3,52	0,241
Thời gian vô sinh	5,21 ± 4,52	4,87 ± 4,17	0,235
BMI	21,10 ± 3,11	21,39 ± 2,83	0,127
AMH	2,66 ± 1,60	2,95 ± 1,16	0,663
FSH	6,61 ± 2,21	5,94 ± 2,19	0,573
Phân loại vô sinh (VS I/V S II)	28/20	35/16	

Số ngày tiêm thuốc kích thích buồng trứng, tổng liều thuốc là không có sự khác biệt giữa nhóm. Số trứng trưởng thành (trứng MII) và số phôi ngày 2 thu được cũng là tương đương giữa hai nhóm.

**Bảng 2: Đặc điểm chu kỳ kích trứng và đặc điểm noãn, phôi**

Đặc điểm	Phác đồ Letrozole (n = 48)	Phác đồ ngoại sinh (n = 51)	p
Số ngày KTBT	10,3 ± 2,4	10,7 ± 1,3	0,271
Tổng liều FSH trung bình (IU)	2491 ± 795	2604 ± 901	0,873
Số trứng MII	12,03 ± 5,79	11,07 ± 4,17	0,956
Tổng số phôi ngày 2	8,58 ± 2,5	9,01 ± 2,2	0,165

**3.2. Đặc điểm chu kỳ chuẩn bị niêm mạc.** Số ngày pha tăng sinh của niêm mạc tử cung ở nhóm sử dụng letrozole (10,39 ± 1,95 ngày) ít hơn so với nhóm sử dụng nội tiết ngoại sinh (11,03 ± 2,63 ngày), tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Độ dày niêm mạc tử cung cuối pha tăng sinh (siêu âm bằng đầu dò âm đạo) ở nhóm letrozole nhỏ hơn (9,26 ± 0,97 mm so với 10,20 ± 1,58 mm), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Cuối cùng, không có sự khác biệt đáng kể về số lượng và chất lượng phôi chuyển giữa hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

**Bảng 3: Đặc điểm chu kỳ chuẩn bị niêm mạc và chuyển phôi đông lạnh**

Đặc điểm	Phác đồ Letrozole (n = 48)	Phác đồ ngoại sinh (n = 51)	p
Số ngày pha tăng sinh của NMTC	10,39 ± 1,95	11,03 ± 2,63	0,131
Độ dày NMTC cuối pha tăng sinh	9,26 ± 0,97	11,20 ± 1,58	0,041
Số phôi chuyển trung bình	1,84 ± 0,69	1,72 ± 0,59	0,419
Tỷ lệ chu kỳ có phôi tiềm năng chuyển	38/48 (79,2%)	42/51 (82,4%)	0,781

**3.3. Theo dõi kết quả chuyển phôi đông lạnh.** Tỷ lệ có thai và thai sinh hóa là tương đương giữa hai nhóm nghiên cứu (56,25% so với 56,86%). Tỷ lệ thai lâm sàng của nhóm sử dụng letrozole là cao hơn so với nhóm sử dụng nội tiết ngoại sinh (50% so với 41,18%), tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 4: Kết quả có thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh**

Đặc điểm	Phác đồ Letrozole (n = 48)	Phác đồ ngoại sinh (n = 51)	p
Tỷ lệ có thai (%)	27/48 (56,25%)	29/51 (56,86%)	0,505
Thai sinh hóa (%)	5/48 (10,42%)	7/51 (13,73%)	0,476
Thai lâm sàng (%)	24/48 (50,00%)	21/51 (41,18%)	0,535

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường (28 – 35 ngày), vì đây là nhóm bệnh nhân chiếm tỉ lệ lớn và thường được chỉ định phác đồ ngoại sinh để chuẩn bị niêm mạc tử cung (phác đồ thường quy tại nhiều trung tâm IVF).<sup>7</sup> Việc so sánh hiệu quả với phác đồ letrozole trong nghiên cứu này giúp mở ra một lựa chọn mới cho nhóm bệnh nhân này.

Các đặc điểm về tuổi, thời gian vô sinh, BMI và xét nghiệm nội tiết (AMH, FSH) giữa hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là không có sự khác biệt. Các đặc điểm của chu kỳ thụ tinh ống nghiệm như số ngày và liều kích thích buồng trứng, số trứng MII và phôi ngày 2 thu được cũng là tương đương giữa hai nhóm. Sự đồng nhất về đối tượng nghiên cứu này giúp kết quả so sánh kết quả chuyển phôi trở nên có ý nghĩa hơn.

Khi tiến hành chuẩn bị niêm mạc, nhóm sử dụng phác đồ letrozole có số ngày trong pha tăng sinh và độ dày niêm mạc tử cung cuối pha tăng sinh là nhỏ hơn so với phác đồ ngoại sinh. Điều này có thể do phác đồ letrozole thường chỉ có 1 – 2 nang trứng trội phát triển nên nồng độ estradiol sẽ sinh lý hơn nhiều so với chu kỳ ngoại sinh (thường sử dụng estradiol ngoại sinh với nồng độ cao). Ngoài ra, khi có nang trứng > 17mm và niêm mạc có độ dày thích hợp, bác sĩ thường chủ động kết thúc pha tăng sinh sớm hơn phác đồ ngoại sinh để tránh trường hợp rụng trứng sớm, hay tăng progesterone sớm.

Tỉ lệ có thai giữa hai nhóm là tương đương (56,25% và 56,86%). Tuy nhiên, phác đồ letrozole có tỉ lệ thai sinh hóa thấp hơn (10,42% so với 13,73%) và tỉ lệ thai lâm sàng cao hơn (50,00% so với 41,18%). Kết quả này là tương đương với nghiên cứu của tác giả Hosseini và cộng sự (2020).<sup>8</sup> Điều này có thể là do trong chu kỳ letrozole, sự đồng bộ và tính tiếp nhận của niêm mạc tử cung được chuẩn bị tốt hơn. Trong chu kỳ dùng hormone ngoại sinh, estrogen đôi khi không ức chế hoàn toàn tuyến yên và sự phát triển của nang trứng. Nếu nang trứng này hoàng thể hóa sớm, niêm mạc tử cung sẽ tiếp xúc với progesterone sớm hơn, làm lệch cửa sổ làm tổ và ảnh hưởng đến sự làm tổ của phôi. Ngoài ra, phác đồ letrozole có ưu điểm là letrozole được hấp thụ nhanh và có thời gian bán hủy ngắn (45 giờ), dẫn đến việc gần như hoàn toàn thải trừ khỏi cơ thể tại thời điểm chuyển phôi. Hoàng thể được hình thành trong phác đồ letrozole cũng góp phần ổn định quá trình làm tổ do ngoài tiết estrogen và progesterone, hoàng

thể còn chế tiết các chất khác như relaxin và prostaglandin.<sup>9</sup>

Khi xem xét các lợi ích của các phương pháp chuẩn bị niêm mạc tử cung, kết quả mang thai không phải là vấn đề duy nhất quan trọng, mà còn phải xem xét sự tiện lợi, chi phí và nguy cơ thấp hơn của các biến cố trong thai kỳ. Trong phác đồ letrozole, liều progesterone ngoại sinh để hỗ trợ hoàng thể thấp hơn đáng kể so với phác đồ ngoại sinh (bằng một nửa). Điều này giúp giảm bớt nguy cơ gặp các tác dụng phụ do sử dụng nội tiết liều cao kéo dài. Vì vậy, với những ưu điểm về chi phí thuốc, sự phát triển của hoàng thể thai kỳ thì phác đồ letrozole có thể là một sự lựa chọn tốt cho bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường.

#### V. KẾT LUẬN

Việc chuẩn bị niêm mạc tử cung ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường, letrozole cho tỉ lệ có thai lâm sàng cao hơn phác đồ ngoại sinh mặc dù không quá đáng kể; cộng với những lợi ích như sử dụng ít thuốc hơn, ít tác dụng phụ hơn và sinh lý hơn thì phác đồ letrozole là lựa chọn tốt cho việc chuẩn bị niêm mạc tử cung.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ghobara T, Gelbaya TA, Ayeleke RO.** Cycle regimens for frozen-thawed embryo transfer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7(7): CD003414.
2. **Factors affecting the outcome of frozen-thawed embryo transfer.** Accessed June 14, 2024.
3. **Mackens S, Santos-Ribeiro S, van de Vijver A, et al.** Frozen embryo transfer: a review on the optimal endometrial preparation and timing. *Hum Reprod.* 2017;32(11):2234-2242.
4. **Miller PB, Parnell BA, Bushnell G, et al.** Endometrial receptivity defects during IVF cycles with and without letrozole. *Hum Reprod.* 2012;27(3):881-888.
5. **Lawrenz B, Coughlan C, Melado L, Fatemi HM.** The ART of frozen embryo transfer: back to nature! *Gynecol Endocrinol.* 2020;36(6):479-483.
6. **Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice of Obstetricians and Gynecologists Toward Off-Label Medicine Use in Female Reproductive Health Issues - PMC.** Accessed June 14, 2024.
7. **RESULTS - Frozen-Thawed Embryo Transfer - IVF-Worldwide.** Accessed April 18, 2023.
8. **Hosseini-Najarkolaei A, Moini A, Kashani L, Farid Mojtahedi M, Hosseini-Najarkolaei E, Salehi E.** The effect of letrozole versus artificial hormonal endometrial preparation on pregnancy outcome after frozen-thawed embryos transfer cycles: a randomized clinical trial. *Reprod Biol Endocrinol.* 2020;18(1):115.
9. **Groenewoud ER, Cantineau AEP, Kollen BJ, Macklon NS, Cohlen BJ.** What is the optimal means of preparing the endometrium in frozen-thawed embryo transfer cycles? A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update.* 2017;23(2):255-261.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGHỆT MŨI DO QUÁ PHÁT CUỐN MŨI DƯỚI BĂNG ĐIỆN CỰC COBLATOR CẮT CUỐN EIC6895-01

Trần Anh Tuấn<sup>1,2</sup>, Phan Thị Tâm Đan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả trong điều trị nghẹt mũi bằng phương pháp coblator với điện cực cắt cuộn EIC6895-01. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 95 bệnh nhân bị nghẹt mũi kéo dài đã được điều trị cắt cuộn dưới băng coblator với điện cực cắt cuộn EIC6895-01 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM Cơ sở 2 từ 1/1/2019 đến 30/6/2023. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình  $6,5 \pm 1,14$  với giá trị tối thiểu (min) là 5 và giá trị tối đa (max) là 9. Lượng máu mất trung bình là 5,6ml (mịn là 4 và max là 7). Tình trạng vảy hồ mỡ sau phẫu thuật 1 tuần có 84 ca (88,4%) có vảy rất ít chủ yếu là vảy ở ngay lỗ đâm điện cực đốt vào cuộn mũi dưới. Sau phẫu thuật 2 tuần có 54 ca hết vảy chiếm 56,8%. Sau phẫu thuật 3 tuần có 92 ca hết vảy đốt chiếm 96,8%. Sau phẫu thuật 4 tuần 100% số ca không còn vảy. Có sự cải thiện rõ rệt về tình trạng nghẹt mũi trước phẫu thuật và các thời điểm sau phẫu thuật bằng chỉ số VAS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ), ngoài ra nghiên cứu không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt cuộn dưới băng coblator với đầu đốt EIC6895-01 (TURBINATOR Wand EIC 6895-01) là một phẫu thuật an toàn dễ thực hiện và nhanh chóng, ít mất máu, ít vảy, mau lành thương và khắc phục được tình trạng nghẹt mũi kéo dài trên bệnh nhân viêm mũi mạn quá phát cuộn dưới tối thiểu 1 năm.

**Từ khóa:** Phẫu thuật, cắt phát cuộn mũi, coblator, điện cực EIC6895-01

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT RESULTS FOR NASAL CONGESTION DUE TO INFERIOR TURBINATE HYPERTROPHY USING THE COBLATOR ELECTRODE EIC6895-01

**Objective:** To evaluate the effectiveness of treating nasal congestion using the coblator method with the EIC6895-01 turbinectomy electrode. **Method:** A retrospective study on 95 patients with prolonged nasal congestion who were treated with inferior turbinectomy using the coblator with the EIC6895-01 electrode at the ENT Department, University Medical Center Ho Chi Minh City (Branch 2) from January 1, 2019, to June 30, 2023. **Results:** The average surgery time was  $6.5 \pm 1.14$  minutes, with a minimum (min) of 5 and a maximum (max) of 9

minutes. The average blood loss was 5.6 ml (min 4 ml and max 7 ml). One week post-surgery, 84 cases (88.4%) had very little scabbing, mainly at the electrode puncture site on the inferior turbinate. Two weeks post-surgery, 54 cases were free of scabs, accounting for 56.8%. Three weeks post-surgery, 92 cases were free of scabs, accounting for 96.8%. Four weeks post-surgery, 100% of cases had no scabs. There was a significant improvement in nasal congestion from pre-surgery to various post-surgery points measured by the VAS score, with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). Additionally, the study recorded no complications during or after surgery. **Conclusion:** The coblator inferior turbinectomy using the EIC6895-01 (TURBINATOR Wand EIC 6895-01) electrode is a safe, easy, and quick procedure with minimal blood loss, little scabbing, rapid healing, and effectively resolves prolonged nasal congestion in patients with chronic rhinitis and inferior turbinate hypertrophy for at least one year.

**Keywords:** Surgery, inferior turbinate resection, coblator, EIC6895-01 electrode

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghẹt mũi kéo dài là một trong những than phiền và khó chịu nhất của bệnh nhân khi đến khám về tai mũi họng, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trước tiên bệnh nhân sẽ được điều trị nội khoa nếu không đáp ứng điều trị thì cần chỉ định can thiệp ngoại khoa. Từ trước đến nay đã có hàng chục phương pháp điều trị ngoại khoa được sử dụng, tuy nhiên chưa có phương pháp nào tỏ ra tối ưu. Mục tiêu của các phương pháp điều trị hướng tới là phải ít đau, ít mất máu, ít tổn thương mô lành xung quanh, thời gian lành thương nhanh và hiệu quả kéo dài, xét trên tiêu chí này, cho tới nay người ta còn duy trì chủ yếu hai phương pháp để điều trị quá phát cuộn dưới là dùng microdebrider và dùng thiết bị sóng cao tần hay coblator [1].

Có rất nhiều nghiên cứu đã khẳng định tính an toàn, và hiệu quả của hai phương pháp này, mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng. Phương pháp dùng microdebrider có hiệu quả kéo dài từ 1 năm đến 2 năm dài hơn coblator, tuy nhiên phương pháp dùng microdebrider lại có các nhược điểm thời gian phẫu thuật dài hơn, chảy máu nhiều hơn thời gian nằm viện lâu hơn và tổn thương niêm mạc cuộn mũi nhiều hơn. Phương pháp coblator theo các nghiên cứu trước đây rất có hiệu quả trong điều trị quá phát cuộn dưới với nhiều ưu điểm phẫu thuật đơn giản, ít

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn

Email: tuan.ta01@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024