

thuận tay phải, khi bị gãy tay phải, các hoạt động, sinh hoạt hàng ngày bị ảnh hưởng, từ đó ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống hơn so với khi bị tay trái.

Chất lượng điều trị, trong đó chất lượng nắn chỉnh (theo Larson-Bostman) và chất lượng PHCN (theo MAYO) là các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh đạt chất lượng cuộc sống tốt ở nhóm được điều trị tốt đạt 98%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm có chất lượng điều trị chưa tốt là 22%. So sánh kết quả giữa 2 nhóm sự khác biệt đạt $OR=4,53$, sự tương quan $R=0,79$ với độ tin cậy $p=0,009$. Như vậy kết quả điều trị có ý nghĩa quyết định tới chất lượng cuộc sống người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay là gãy xương thường gặp nhất trong chấn thương hàng ngày và điều trị bằng phương pháp kéo nắn bó bột là phương pháp được sử dụng chủ yếu và mang lại hiệu quả cao đưa xương gãy về giải phẫu, phục hồi chức năng cổ bàn tay và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Yếu tố giới tính và tuổi tác không ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh, các yếu tố nguyên nhân chấn thương, bên tay bị ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống NB. Kết quả điều trị đặc biệt kết quả nắn chỉnh, phục hồi có ý nghĩa quyết định chất lượng cuộc sống người bệnh, do đó, muốn tăng chất lượng cuộc sống người bệnh thì phải cải thiện chất lượng điều trị tại các cơ sở y tế chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Ngọc Quyên (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang và đánh giá kết

- quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ năm 2017-2018. Luận văn Thạc sĩ
2. Võ Nguyên Khắc Khôi (2009), "Vài nhận xét về gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4 đến tháng 6/2009," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Phan Nguyễn Nhật Lệ (2011), "Đánh giá kết quả điều trị gãy ĐĐXQ kiểu Poteau – Colles bằng nắn bó bột căng bàn tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 6/2010 đến 5/2011," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa,
4. Nguyễn Thị Mai Anh (2014), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay kiểu Poteau-Colles bằng nắn bó bột căng bàn tay tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 10/2014 đến 5/2015," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
5. Lichtman DM, Bindra RR. (2018). Treatment of distal radius fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(3):180–189.
6. Nguyễn Thị Thắm.Võ Thành Toàn (2021). Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nắn bó bột tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp Chí Y học Việt Nam, 498(2).
7. Phan Hữu Trọng (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nắn bó bột tại trung tâm v tế Đức Huệ - Long An", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II chấn thương chỉnh hình, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
8. Trường Thịnh, V., Manh Tiến, N.. (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị can lệch đầu dưới xương quay tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Y học Việt Nam, 519(2)
9. Nguyễn, O. T., & Trần, V. H. (2023). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu xa xương quay tại bệnh viện Cần Thơ năm 2018-2019. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 45, 77-83.
10. Vũ Văn Khoa. Nguyễn Văn Nam (2022). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Y học Việt Nam, 515(1)

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÂN ĐUÔI TUY BẢO TỒN LÁCH

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn An Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 12 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy theo kĩ thuật của Kimura tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 5 năm từ năm 2018 đến năm 2023. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura cho 12 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $35,4 \pm 11,3$. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 58,3%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 41,6%, rò tụy độ B chiếm 16,6%. Trong số 12 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay truyền máu trong mổ. Có 2 trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, một trường hợp mổ nội soi, một trường hợp mổ mở do

shock mất máu, không có trường hợp nào tử vong.
Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy theo kỹ thuật của Kimura là an toàn và khả thi, có thể áp dụng đối với các khối u lành tính ở thân và đuôi tụy. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó trong mổ nội soi, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn tương đối cao, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị, dụng cụ phải đầy đủ. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, u thân đuôi tụy, kỹ thuật của Kimura.

SUMMARY

EVALUATE THE COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC SPLEEN-PRESERVING DISTAL PANCREATECTOMY

Objectives: Evaluating the complications of laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy with Kimura's technique at Ha Noi Medical University.
Subjects and methods: A retrospective descriptive study on 12 patients with laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy with Kimura's technique at Ha Noi Medical University for 5 years from 2018 to 2023. **Results:** We perform laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy with Kimura's technique for 12 patients. The mean age was 35.4 ± 11.3 . The rate of pancreatic fistula is 58.3%, grade A: 41.6%, grade B: 16.6%. There is no case of transferring open surgery or blood transfusion during surgery. There are 2 cases of reoperation due to postoperative bleeding, in which, one case by laparoscopic surgery, one case by open surgery due to shocking blood loss, no mortality. **Conclusion:** Kimura's technique for laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy is safe and feasible, which can be applied to benign tumors in the body and tail of pancreas. However, this is a difficult technique, the rate of postoperative complications is still high in laparoscopic surgery that requires surgeons to have a lot of experience and equipment needs to be adequate. **Keywords:** Laparoscopic, pancreatic body and tail tumor, Kimura's technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là tạng đặc nằm sau phúc mạc, u của thân và đuôi tụy tương đối hiếm gặp hơn so với u vùng đầu tụy. Ngày nay, trong kỷ nguyên của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi đã mang lại cho nhiều lợi ích cho người bệnh như đau ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục sau mổ nhanh hơn, mang lại tính thẩm mỹ cao hơn... so với phương pháp mổ mở truyền thống. Phẫu thuật nội soi cắt thân và đuôi tụy ngày càng được áp dụng rộng rãi cho những khối u lành tính và ác tính mức độ thấp ở vùng thân và đuôi tụy¹. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò của lách đối với cơ thể, đặc biệt là chức năng miễn dịch², vì vậy bảo tồn lách trong phẫu thuật cắt thân đuôi tụy ngày càng được các phẫu thuật viên chú trọng thực hiện.

Có hai kỹ thuật bảo tồn lách trong mổ cắt thân đuôi tụy, đó là kỹ thuật của Warshaw (1988) và kỹ thuật của Kimura (1996). Trong kỹ

thuật của Warshaw, động và tĩnh mạch lách được thắt lại ở 2 vị trí đó là thân tụy và rốn lách, phần nhu mô lách còn lại được nuôi bởi các nhánh vị ngấn³. Kỹ thuật của Kimura bảo tồn toàn bộ động và tĩnh mạch lách, chỉ thắt các nhánh bên trên đường đi của nó, do đó không làm ảnh hưởng đến việc cấp máu của lách⁴. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò của việc bảo tồn động và tĩnh mạch lách giúp làm giảm tỷ lệ nhồi máu lách, giảm tỷ lệ giãn tĩnh mạch dạ dày sau mổ, do đó làm giảm nguy cơ teo lách, áp xe lách và xuất huyết tiêu hóa về mặt lý thuyết so với việc phải thắt cả động và tĩnh mạch lách^{5,6,7}. Do đó chúng tôi đã lựa chọn kỹ thuật này. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá các biến chứng sau mổ có thể gặp phải khi thực hiện kỹ thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kỹ thuật của Kimura cũng như các biện pháp để hạn chế các biến chứng này xảy ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u thân hoặc đuôi tụy, được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kỹ thuật của Kimura tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2018 đến hết tháng 8 năm 2023, có hồ sơ bệnh án đầy đủ phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Khi không thỏa mãn một trong các tiêu chuẩn lựa chọn

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên một loạt ca bệnh, số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 12 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu, kết quả như sau:

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là $35,4 \pm 11,3$. Chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 8,3%.

Biến chứng trong và sau mổ. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 58,3%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 41,6%, rò tụy mức độ B chiếm 16,6%, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. Trong tổng số 12 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay truyền máu trong mổ. Có 2 trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, một trường hợp mổ nội soi, một trường hợp mổ mở để cầm máu do sốc mất máu, không có trường hợp nào tử vong.

Biến chứng sau mổ và xử trí

Biến chứng	N=12	Tỷ lệ (%)	Xử trí
------------	------	-----------	--------

Rò tụy	Mức độ A	5	41,6	Điều trị nội khoa
	Mức độ B	2	16,7	Lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần
	Mức độ C	0	0	
Chảy máu sau mổ		2	17	Mổ lại cầm máu

Rò tụy sau mổ chiếm tỷ lệ 58,3%, trong đó chủ yếu là rò mức độ A (rò sinh hóa) điều trị nội khoa, mức độ B chiếm 16,7% cần lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. Chảy máu sau mổ gặp ở 2 trường hợp, cần mổ lại để cầm máu.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $35,4 \pm 11,3$, trong đó nhỏ nhất là 11 tuổi (u đặc giả nhú thân tụy), cao nhất là 61 tuổi (insulinoma đuôi tụy) chứng tỏ bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên bệnh lại chủ yếu gặp ở giới nữ, nam giới chỉ có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 8,3%, điều này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như Đỗ Hoài Kỳ⁸ và Đoàn Tiến Mỹ⁹.

Ngạn ngữ Anh có câu "Pancreas is not your friend" (tụy không phải là bạn) ý nói rằng việc phẫu thuật tụy tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ cắt thân đuôi tụy là rò tụy. Bản cập nhật năm 2016 của nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy¹⁰ đã đổi tên rò tụy mức độ A thành "rò sinh hóa" nhằm nhấn mạnh rằng thực chất đó không phải là một tình trạng rò tụy thực sự mà chỉ là sự tăng nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu cao hơn gấp ít nhất 3 lần giới hạn trên của amylase trong huyết thanh nhưng hoàn toàn không có biểu hiện trên lâm sàng. Trong loạt 12 bệnh nhân của chúng tôi có đến 7 bệnh nhân (chiếm 58,3%) có rò tụy sau mổ, chủ yếu là rò sinh hóa (chiếm 41,6%). Có 2 trường hợp rò tụy mức độ B và không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. 2 trường hợp rò tụy mức độ B được phát hiện bởi dẫn lưu ổ bụng sau mổ chảy ra dịch trắng đục, xét nghiệm amylase trong dịch dẫn lưu cao hơn gấp nhiều lần trong huyết thanh, cả 2 trường hợp này được điều trị bằng cách lưu lại dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần. Khi bệnh nhân đi khám lại ở thời điểm 3 tuần sau mổ, dẫn lưu ổ bụng không ra thêm dịch, siêu âm không có ổ tụ dịch khu trú cạnh diện cắt tụy nên được rút dẫn lưu. Tỷ lệ rò tụy sau mổ của chúng tôi cao hơn nhiều lần so với nghiên cứu của Đoàn Tiến Mỹ⁹ là 10,3% và Đỗ Hoài Kỳ⁸ là 10,6%. Để hạn chế tỷ lệ rò tụy sau mổ, theo kinh nghiệm của chúng tôi trong mổ cần tránh cầm nắm trực tiếp hay đè ép vào nhu

mô tụy cũng như sau mổ nên dùng octreotid sớm và thường quy ở tất cả các bệnh nhân. Tất cả 12 bệnh nhân của chúng tôi nhu mô tụy đều được cắt bằng stappler với băng đạn mạch máu 60mm và để hạn chế chảy máu ở diện cắt tụy cần ép nhu mô tụy một cách từ từ và giữ máy, ép mô trong vòng 2 phút rồi mới cắt. Có 3 trường hợp chảy máu từ hàng ghim cần phải khâu tăng cường hàng ghim bằng các mũi chỉ prolene rời.

Trong tất cả các bệnh nhân của chúng tôi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có tai biến trong mổ, không có tử vong sau mổ nhưng có 2 trường hợp phải mổ lại vì lý do chảy máu sau mổ. Cả 2 trường hợp này hiện tượng chảy máu sau mổ đều xảy ra vào ngày thứ 2 sau mổ, một trường hợp được mổ nội soi cầm máu, một trường hợp phải mổ mở vì sốc mất máu. Tổn thương trong mổ ở cả 2 trường hợp đều do chảy máu từ một nhánh nhỏ trên đường đi của động mạch lách. Qua 2 trường hợp này, chúng tôi rút ra kinh nghiệm đó là quá trình phẫu tích để tách nhu mô thân tụy ra khỏi động và tĩnh mạch lách cần hết sức tỷ mỉ để phát hiện các nhánh bên nhỏ. Các nhánh bên nhỏ của động và tĩnh mạch lách này cần kẹp bằng clip hoặc hemolok, tránh dùng dao năng lượng do hiện tượng ăn mòn của dịch tụy sau mổ có thể gây chảy máu thứ phát từ những nhánh nhỏ này mà ngay trong mổ chúng ta không phát hiện ra vì chúng đã được cầm máu tạm thời.

Có rất ít thông báo trên thế giới về phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura với số lượng bệnh nhân rất hạn chế. Han¹¹ từ năm 2000 đến năm 2003 đã tiến hành phẫu thuật cho 5 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình là 348 phút, thời gian nằm viện trung bình là 10,4 ngày, không có biến chứng và tử vong sau mổ. Akira Sasaki¹² trong thông báo của mình trình bày loạt 3 ca bệnh được phẫu thuật trong 4 năm từ 2003 đến 2007, thời gian mổ trung bình là 158,3 phút, lượng máu mất trung bình là 14,7ml, thời gian nằm viện trung bình là 8,7 ngày, không có biến chứng và tử vong nào được ghi nhận. Hiroo Uchida¹³ năm 2010 trình bày thông báo lâm sàng một trường hợp 12 tuổi với chẩn đoán u đặc giả nhú thân tụy được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura, kết quả sau mổ cũng không có biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi (với số lượng 12 bệnh nhân), có 2 trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ ở ngày thứ 2. Như vậy, có thể thấy rằng cần có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để so sánh về tỷ lệ biến chứng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kỹ thuật của Kimura được chỉ định đối với những trường hợp u lành tính hoặc ác tính mức độ thấp ở thân và đuôi tụy là an toàn, khả thi và nên là lựa chọn đầu tiên để bảo tồn nhu mô lách do không ảnh hưởng đến việc cấp máu của lách. Chỉ trong những trường hợp không bảo tồn được động và tĩnh mạch lách mới sử dụng kỹ thuật của Warshaw (thắt cả động và tĩnh mạch lách) do nguy cơ nhồi máu lách và giãn tĩnh mạch dạ dày sau mổ. Tuy nhiên đây là một kỹ thuật khó trong phẫu thuật nội soi, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn tương đối cao, đòi hỏi phẫu thuật viên phải nắm chắc giải phẫu, có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị phục vụ cuộc mổ phải đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Mehrabi, M. Hafezi, J. Arvin et al** (2014). Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open distal pancreatectomy for benign and malignant lesions of the pancreas: it's time to randomize. *Surgerv*, 157(1), 45–55.
2. **Bachman SL, Hanly EJ, Saad D, et al** (2005). The role of the spleen in laparoscopy-associated inflammatory response. *Surg Endosc*, 19(8), 1035–1044.
3. **A. L. Warshaw** (1988). Conservation of the spleen with distal pancreatectomy. *JAMA Surgery*, 123(5), 550–553.
4. **W. Kimura, T. Inoue, N. Futakawa, H. Shinkai, et al** (1996). Spleen-preserving distal pancreatectomy with conservation of the splenic artery and vein. *Surgerv*, 120(5), 885–890.
5. **Lei Wang, Dong Wu, Yu-qian Chen, et al** (2019). Warshaw Technique in Laparoscopic Spleen-Preserving Distal Pancreatectomy: Surgical Strategy and Late Outcomes of Splenic Preservation. *BioMed Research International*, 2019, 10.
6. **Hanq K, Zhou L, Liu H, et al** (2022). Splenic vessels preserving versus Warshaw technique in spleen preserving distal pancreatectomy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*, 103, 106686.
7. **Granieri S, Bonomi A, Frassini S, et al** (2023). Kimura's vs Warshaw's technique for spleen preserving distal pancreatectomy: a systematic review and meta-analysis of high-quality studies. *HPB (Oxford)*, 25(6), 614–624.
8. **Đỗ Hoài Kỳ, Phan Minh Trí, Võ Trường Quốc và cộng sự** (2019). Kết quả sớm phẫu thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23(1), 150–153.
9. **Đoàn Tiên Mỹ, Bùi An Thọ, Phan Minh Trí và cộng sự** (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 21(2), 195–199.
10. **Bassi, Claudio; Marchegiani, et al** (2017). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*, 161(3), 584–591.

SO SÁNH PHÁC ĐỒ PPOS VÀ ANTAGONIST: ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN PHÔI QUA HỆ THỐNG TIME-LAPSE TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đào Huy Thành¹, Lê Ngọc Dung¹, Nguyễn Thanh Hoa¹,
Nguyễn Thị Linh¹, Nguyễn Thị Mỹ Dung¹, Phạm Thuý Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị và sự phát triển phôi qua hệ thống Time-Lapse giữa hai phác đồ PPOS và Antagonist. **Đối tượng và phương pháp:** 192 bệnh nhân, trong đó có 96 bệnh nhân sử dụng phác đồ GnRH antagonist và 96 bệnh nhân sử dụng phác đồ PPOS từ tháng 7/2022 tới tháng 12/2022 tại Khoa Hỗ trợ sinh sản và Nam học - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. So sánh đặc điểm chu kỳ kích thích buồng trứng, tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ phôi D5, số lượng và chất lượng phôi tốt ngày 5, đặc điểm động học của phôi

qua hệ thống Time-Lapse ở 2 nhóm phác đồ. **Kết quả:** Tổng thời gian kích thích buồng trứng ở nhóm PPOS ngắn hơn so với nhóm GnRH antagonist ($P < 0,05$). Nồng độ LH trong huyết thanh vào ngày trigger ở nhóm Antagonist thấp hơn nhóm PPOS ($P < 0,05$), không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai và có thai lâm sàng giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Dydrogesteron có thể thay thế việc sử dụng thuốc đối kháng GnRH để ngăn ngừa sự gia tăng LH sớm, với những ưu điểm của việc dùng đường uống và khả năng giảm chi phí.

Từ khóa: PPOS, Antagonist, Time-Lapse, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

PROGESTIN-PRIMED OVARIAN STIMULATION VERSUS GNRH ANTAGONIST PROTOCOL: A BRIEF EVALUATION OF OUTCOME AND TIME-LAPSE EMBRYO ASSESSMENT IN HANOI

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Huy Thành

Email: huythanhdao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025