

sàng cấp cứu. Trong nghiên cứu này, valproate tĩnh mạch kiểm soát cơn thành công ở 2/5 bệnh nhân sau liều tải, an toàn, không ghi nhận biến cố bất lợi nghiêm trọng.

Với ưu thế sẵn có tại Việt Nam, valproate truyền tĩnh mạch nên được cân nhắc ưu tiên như lựa chọn điều trị bước hai cho BN TTĐK co cứng-co giật không đáp ứng điều trị bước 1 với benzodiazepine tiêm tĩnh mạch chậm.

Tuy nhiên đây là nghiên cứu tiến cứu hàng loạt ca với cỡ mẫu tương đối nhỏ nên chưa phản ánh toàn diện về hiệu quả và an toàn của valproate truyền tĩnh mạch trong điều trị TTĐK co cứng-co giật, vì vậy cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh. Bộ Y Tế. Quyết định số 3154/QĐ- BYT. Ngày ban hành: 21 tháng 08 năm 2014.
2. **Bộ Y tế Việt Nam.** Dược thư Quốc gia Việt Nam, lần xuất bản thứ ba. Quyết định số 3445/QĐ-BYT. Ngày ban hành: 23 tháng 12 năm 2022.
3. **Trần Thanh Hùng, Đinh Vinh Quang.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị trạng thái động kinh. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/05 2025;549(3) doi:10.51298/vmj.v549i3. 13929
4. **International League Against Epilepsy.** Management of convulsive status Epilepticus (pocket card). [Internet]. International League Against Epilepsy. Accessed August 10, 2025. https://www.ilae.org/files/dmfile/StatusEpilepticus_pocket_card.pdf
5. **Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al.** A definition and classification of status epilepticus—Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015;56(10):1515-1523.
6. **Trinka E, Höfler J, Zerbs A, Brigo F.** Efficacy and safety of intravenous valproate for status epilepticus: a systematic review. *CNS drugs*. 2014;28(7):623-639.
7. **Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al.** Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy currents*. 2016;16(1):48-61.
8. **Kapur J, Elm J, Chamberlain JM, et al.** Randomized trial of three anticonvulsant medications for status epilepticus. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(22):2103-2113.
9. **Rubinos C.** Emergent Management of Status Epilepticus. *Continuum (Minneapolis)*. Jun 1 2024;30(3): 682-720. doi:10.1212/con.0000000000001445
10. **Kämpfi L, Ritvanen J, Mustonen H, Soinila S.** Delays and Factors Related to Cessation of Generalized Convulsive Status Epilepticus. *Epilepsy Res Treat*. 2015;2015:591279. doi:10.1155/2015/591279

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THU NOÃN CỦA PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẮT ĐẦU NGẪU NHIÊN SỬ DỤNG PROGESTIN

Trịnh Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá số lượng và chất lượng noãn thu được bằng phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) ở phụ nữ vô sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Việt Bỉ từ tháng 01/2024 - 4/2025. Thu tuyển 65 cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản được điều trị thu tinh trong ống nghiệm sử dụng phác đồ Random-start PPOS. Trong đó, gonadotropin ngoại sinh và progestin được sử dụng vào thời điểm bất kỳ của chu kỳ kinh nguyệt. Gây trưởng thành noãn bằng GnRHa và chọc hút noãn, đánh giá số lượng noãn và tỉ lệ thu tinh sau tiêm ICSI. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,40 \pm 6,04$ tuổi. Thời gian kích thích

buồng trứng trung bình $9,81 \pm 1,29$ ngày với liều FSH khởi đầu là $247,92 \pm 51,37$ IU/ngày. Hiệu quả thu noãn tốt với $9,47 \pm 7,22$ noãn, trong đó $6,77 \pm 5,46$ noãn trưởng thành và tỷ lệ thu tinh đạt 79%. **Kết luận:** Phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) có tiềm năng thu noãn với số lượng và tỉ lệ thu tinh tốt ở phụ nữ vô sinh điều trị thu tinh trong ống nghiệm. **Từ khóa:** Kích thích buồng trứng, random start, PPOS.

SUMMARY

EVALUATION OF OOCYTE QUANTITY AND QUALITY OF THE PROTOCOL: RANDOM START OVARIAN STIMULATION USING PROGESTIN IN INFERTILE WOMEN

Objective: To evaluate the quantity and quality of oocytes retrieved using the protocol random start ovarian stimulation using progestin (Random-start PPOS). **Subjects and Methods:** This was a retrospective descriptive study conducted at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology - Vietnam Military Medical University and Viet Bi Fertility and Andrology Hospital from January 2024 to April 2025. A total of 65 couples of reproductive age

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thế Sơn

Email: trinhtheson@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

undergoing in vitro fertilization treatment using the Random-start PPOS protocol were recruited. Exogenous gonadotropins and progestin were administered at any time point during the menstrual cycle. Oocyte maturation was triggered with GnRHa, followed by oocyte retrieval, and the oocyte yield and fertilization rate after ICSI were assessed. The quantity and quality of retrieved oocytes were assessed. **Results:** The mean age of the study participants was 34.40 ± 6.04 years. The average duration of ovarian stimulation was 9.81 ± 1.29 days, with an initial FSH dose of 247.92 ± 51.37 IU/day. Oocyte retrieval efficiency was favorable, yielding an average of 9.47 ± 7.22 oocytes, of which 6.77 ± 5.46 were mature oocytes, and achieving a fertilization rate of 79%. **Conclusion:** The Random Start ovarian stimulation using progestin protocol shows promising potential for retrieving a good quantity of oocytes and achieving favorable fertilization rates in infertile women undergoing in vitro fertilization. **Keywords:** ovarian stimulation, random start, PPOS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị thụ tinh ống nghiệm, kích thích buồng trứng là giai đoạn then chốt hướng đến mục tiêu tối ưu hóa số lượng và chất lượng noãn thu được. Phổ biến nhất hiện nay là phác đồ truyền thống: sử dụng Hormone kích thích phát triển nang trứng (Follicle-stimulating hormone/FSH) ngay từ đầu chu kỳ kinh, thông qua đó kích thích sự phát triển đồng thời của nhiều nang noãn trong một chu kỳ kinh nguyệt; đồng thời phối hợp tác nhân chống rụng trứng sớm như GnRH đối vận tiềm hàng ngày [1]. Phác đồ kích thích buồng trứng truyền thống này vẫn tồn tại một số hạn chế mà y học hiện đại đang tìm cách cải thiện: thứ nhất là thời điểm kích thích buồng trứng đòi hỏi phải bắt đầu vào giai đoạn sớm của chu kỳ kinh nguyệt; thứ hai là số mũi tiêm thuốc nhiều gây bất tiện cho bệnh nhân, đặc biệt là chi phí điều trị thụ tinh ống nghiệm hiện nay tương đối cao (một phần lớn do giá thành của thuốc nội tiết ngoại sinh).

Năm 2013, xu hướng kích thích buồng trứng "bắt đầu ngẫu nhiên" (Random-start) ra đời với nhiều tiềm năng, theo đó thuốc kích trứng có thể bắt đầu được tiêm vào bất kỳ thời điểm nào của chu kỳ kinh nguyệt thay vì chỉ cố định vào đầu chu kỳ như phác đồ truyền thống, mang lại sự thuận tiện cho bệnh nhân, giảm số lần thăm khám, giảm thời gian điều trị và có tiềm năng thu noãn tương đương [2]. Năm 2015, nghiên cứu về phác đồ kích thích buồng trứng sử dụng progestin (Progestin-Primed Ovarian Stimulation/PPOS) được báo cáo lần đầu tiên. Để ngăn rụng trứng sớm, các tác giả đã sử dụng progestin đường uống thay thế cho mũi tiêm GnRH đối vận. Ưu điểm của phác đồ PPOS là thuận tiện,

giảm chi phí điều trị [3]. Sự kết hợp hai xu hướng này tạo nên phác đồ mới kích thích buồng trứng "bắt đầu ngẫu nhiên" sử dụng progestin (Random start – PPOS) có nhiều tiềm năng với các ưu điểm kết hợp. Trên thế giới, nghiên cứu đầu tiên được báo cáo năm 2022 cho thấy số lượng noãn thu được tương đương với phác đồ kích thích buồng trứng truyền thống. Một số nghiên cứu tiếp theo ủng hộ việc sử dụng phác đồ này để điều trị vô sinh do nhiều nguyên nhân khác nhau, tập trung vào đánh giá số lượng và chất lượng noãn thu được. Tại Việt Nam, hiện có rất ít báo cáo về hiệu quả kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thu tuyển 65 cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản được điều trị thụ tinh trong ống nghiệm sử dụng phác đồ Random-start PPOS tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Việt Bỉ từ tháng 01/2024 - 4/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Vô sinh
- + Có chỉ định kích thích buồng trứng làm thụ tinh ống nghiệm
- + Có chỉ định trữ phôi toàn bộ
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Có dự định chuyển phôi tươi;
- + Lạc nội mạc tử cung/u ở buồng trứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Nghiên cứu mô tả ước lượng một giá trị trung bình.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}^2 - \frac{\sigma^2}{\mu^2}) \times 6^2}{\epsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. σ : độ lệch chuẩn.

ϵ : sai số tương đối chấp nhận.

μ : giá trị trung bình. Căn cứ vào kết quả số noãn trưởng thành thu được bằng phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) trong nghiên cứu của Huang và CS năm 2022 là $10,8 \pm 1,1$ [4]. Do đó $\mu = 10,8$; $\sigma = 1,1$. Chúng tôi chọn $\epsilon = 0,025$.

Từ đó tính được $n = 63$. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu tuyển được 65 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.3. Quy trình điều trị thụ tinh ống

nghiệm sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin. Hormone FSH tái tổ hợp: tiêm dưới da bụng hàng ngày, bắt đầu vào bất cứ thời điểm nào của chu kỳ kinh nguyệt. Liều cá thể hóa phụ thuộc vào tuổi, dự trữ buồng trứng, tiền sử điều trị của từng người bệnh.

Progestin dùng đường uống (Utrogestan 200mg, 1 viên/ngày), từ ngày đầu tiên kích thích buồng trứng.

Gây trưởng thành và phóng noãn bằng GnRHa.

Chọc hút trứng sử dụng kim chuyên dụng đường kính 16 - 18G dưới hướng dẫn của đầu dò âm đạo. Trong quá trình này bệnh nhân thường được gây mê đường tĩnh mạch.

Đánh giá số lượng và chất lượng noãn: phức hợp noãn - tế bào hạt được ủ ấm 37°C trong 3h sau đó tách noãn và đếm số noãn thu được dưới kính hiển vi soi nổi và đánh giá chất lượng noãn.

Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (Intra cytoplasmic sperm injection/ICSI).

Đánh giá thụ tinh: tiêu chuẩn xác noãn thụ tinh bình thường: noãn được thụ tinh bình thường phải có hình cầu và có 2 thể cực và 2 tiền nhân (pronuclear/PN).

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập vào bệnh án nghiên cứu và được nhập vào phần mềm Excel và phân tích bằng STATA 16.0. Kết quả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và tỉ lệ phần trăm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=65)

Đặc điểm	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Tuổi (năm)	Thời gian vô sinh (năm)
Trung bình	157,83	54,93	34,40	5,09
Độ lệch chuẩn	4,26	6,60	6,04	3,48

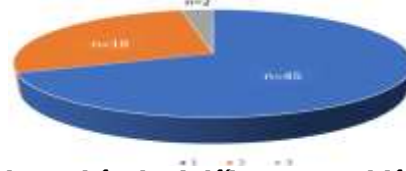
Chiều cao trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $157,83 \pm 4,26$ cm và cân nặng trung bình là $54,93 \pm 6,60$ kg. Đây là các đặc điểm nhân trắc phổ biến ở phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi sinh sản. Tuổi trung bình của người vợ trong nghiên cứu là $34,40 \pm 6,04$ và thời gian vô sinh trung bình tương đối dài $5,09 \pm 3,48$ năm.

Bảng 2. Đặc điểm dự trữ buồng trứng của đối tượng nghiên cứu (n=65)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
AMH (ng/mL)	3,60	3,17	0,43	18,73
AFC (nang)	14,09	9,14	3	44

Nồng độ AMH trung bình của nhóm nghiên

cứu là $3,60 \pm 3,17$ ng/mL và số nang trứng có hốc (AFC) trung bình là $14,09 \pm 9,14$ nằm trong giới hạn bình thường. Đây là xét nghiệm quan trọng để đánh giá dự trữ buồng trứng của người phụ nữ.



Hình 1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo dự trữ buồng trứng (n=65)

1. Dự trữ buồng trứng bình thường; 2. Giảm dự trữ buồng trứng; 3. Buồng trứng đa nang

Đặc điểm dự trữ buồng trứng, căn cứ vào nồng độ AMH huyết thanh và số nang trứng có hốc (AFC), phân loại 65 phụ nữ tham gia nghiên cứu thành ba nhóm đối tượng cơ bản là: dự trữ buồng trứng bình thường ($n = 45$), dự trữ buồng trứng th ($n = 18$) và buồng trứng đa nang ($n = 2$).

3.2. Liều Gonadotropin và thời gian kích thích buồng trứng

Bảng 3. Liều gonadotropin và thời gian kích thích buồng trứng

Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	p
Liều Gonadotropin (IU/ngày)	Alpha	$233,57 \pm 60,62$
	Khác	$264,67 \pm 31,26$
	Tổng	$247,92 \pm 51,37$
Thời gian KTBT (ngày)	$9,81 \pm 1,29$	
Số lần siêu âm	$2,86 \pm 0,68$	

Kết quả so sánh liều lượng hormone FSH giữa hai nhóm cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,179$). Liều Alpha gonadotropin là $233,57 \pm 60,62$ IU/ngày, và nhóm gonadotropin khác là $264,67 \pm 31,26$ IU/ngày.

3.3. Số lượng noãn thu được và tỉ lệ thụ tinh

Bảng 4. Số lượng noãn thu được và tỉ lệ thụ tinh

Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	Ghi chú
Số nang trứng lớn (≥ 14 mm)	$12,35 \pm 8,63$	
Tổng số noãn	$9,47 \pm 7,22$	
Số noãn trưởng thành	$6,77 \pm 5,46$	2 BN lưu noãn
Số noãn thụ tinh	$5,55 \pm 4,6$	

Phân tích dữ liệu từ 65 chu kỳ thụ tinh ống nghiệm cho thấy số lượng nang trứng kích thước ≥ 14 mm là $12,35 \pm 8,63$. Đây là những nang trứng có tiềm năng thu được noãn trưởng thành khi chọc hút. Số noãn chọc hút được trung bình là $9,47 \pm 7,22$ noãn. Số noãn trưởng thành (noãn MII) thu được là $6,77 \pm 5,46$. Trong số 62 bệnh nhân có noãn trưởng thành được tiêm

ICSI, tỉ lệ thụ tinh bình quân đạt 79% với số noãn thụ tinh trung bình $5,55 \pm 4,6$.

IV. BÀN LUẬN

Trên cơ sở những bằng chứng đã có về ưu điểm và tính an toàn khi sử dụng phác đồ Random start và phác đồ PPOS, sự kết hợp 2 phác đồ kể trên trong một chu kỳ kích trứng được giới thiệu lần đầu tiên năm 2022 bởi nhóm tác giả Huang. Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên cho thấy tính hữu ích của phác đồ Random-start PPOS sau khi hồi cứu 86 chu kỳ kích thích buồng trứng, trong đó 30 chu kỳ kích thích buồng trứng bằng phác đồ Random-start PPOS so với 56 chu kỳ là Random start trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 4 năm 2021 [4]. Hạn chế của nghiên cứu này là đây là một nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu còn hạn chế, tiến hành tại một trung tâm duy nhất, tuy vậy kết quả nghiên cứu mở ra hướng nghiên cứu mới về triển vọng áp dụng thường quy phác đồ Random-start PPOS nhằm khai thác tối đa ưu điểm thuận tiện của kích trứng ngẫu nhiên và giảm số mũi tiêm, giảm chi phí điều trị khi dùng PPOS thay thế cho GnRHant đang được dùng phổ biến hiện nay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân vô sinh được khảo sát để làm rõ tính đồng nhất và đại diện của quần thể nghiên cứu, đồng thời đảm bảo tính khách quan trong việc phân tích hiệu quả phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS). Kết quả cho thấy chiều cao trung bình của người vợ trong nghiên cứu là $157,83 \pm 4,26$ cm, cân nặng trung bình là $54,93 \pm 6,60$ kg, các chỉ số này nằm trong phạm vi ngưỡng sinh lý của phụ nữ Việt Nam độ tuổi sinh sản [5]. Bên cạnh đó, độ tuổi trung bình người phụ nữ vô sinh trong nghiên cứu là $34,40 \pm 6,04$ tuổi, nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự suy giảm khả năng sinh sản của nữ giới bắt đầu từ khoảng giữa tuổi 30 và tăng tốc đáng kể sau tuổi 35 [6]. Dựa trên nồng độ AMH huyết thanh và số nang trứng có hốc AFC, phân loại đối tượng nghiên cứu thành 3 nhóm: giảm dự trữ buồng trứng theo tiêu chuẩn POSEIDON (AMH < 1,2 ng/mL và/hoặc AFC < 5 nang), dự trữ buồng trứng bình thường và buồng trứng đa nang theo tiêu chuẩn Rotterdam 2003. Nhân thấy cả 3 nhóm đều đáp ứng điều trị, trong đó đa số 45/65 trường hợp có dự trữ buồng trứng bình thường [7].

Bên cạnh đó, thời gian và liều lượng gonadotropin kích thích buồng trứng theo phác đồ Random-start PPOS ghi nhận được trong

nghiên cứu của chúng tôi trung bình lần lượt là $9,81 \pm 1,29$ ngày và $247,92 \pm 51,37$ IU/ngày, đồng thời không ghi nhận sự khác biệt về liều lượng giữa alpha gonadotropin với các loại gonadotropin khác. Kết quả này tương đương với thời gian và liều lượng gonadotropin khi kích thích buồng trứng bằng phác đồ GnRHanta.

Đánh giá hiệu quả thu noãn của phác đồ dựa trên một số chỉ tiêu, đầu tiên là số lượng nang trứng đường kính ≥ 14 mm vào ngày trigger, các nang này có tiềm năng chứa noãn trưởng thành sau khi chọc hút. Số nang trứng ≥ 14 mm trung bình thu được $12,35 \pm 8,63$, điều này cho thấy khả năng đáp ứng tốt của buồng trứng với phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin. Về kết quả chọc hút trứng, tổng số noãn thu được trung bình là $9,47 \pm 7,22$ noãn. Con số này nằm trong khoảng chấp nhận được và tương đương với một số nghiên cứu sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng thông thường ở các nhóm bệnh nhân có tiền lượng tương tự [8]. Tiến hành đánh giá hình thái noãn theo tiêu chuẩn của đồng thuận Alpha, số noãn trưởng thành (noãn MII) trung bình thu được là $6,77 \pm 5,46$ thấp hơn so với báo cáo của Huang là $10,8 \pm 1,1$ noãn [4]. Nguyên nhân có thể do tuổi vợ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ($31,7 \pm 1,2$) nghiên cứu của chúng tôi. Trong số 62 bệnh nhân có noãn trưởng thành được tiêm ICSI, tỉ lệ thụ tinh bình quân đạt 79% với số noãn thụ tinh trung bình $5,55 \pm 4,6$. Kết quả này cao hơn so với kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng GnRHanta (78,4%) nhưng thấp hơn kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (87,5%) theo báo cáo của Huang [4]. Hiện còn rất ít nghiên cứu tương tự được công bố trên thế giới, do đó nghiên cứu này góp phần cung cấp thêm bằng chứng về hiệu quả của phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS).

V. KẾT LUẬN

Phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) có tiềm năng thu noãn với số lượng và tỉ lệ thụ tinh tốt ở phụ nữ vô sinh điều trị thụ tinh ống nghiệm trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Geyter C., Wyns C., Calhaz-Jorge C. và cộng sự. (2020). 20 years of the European IVF-monitoring Consortium registry: what have we learned? A comparison with registries from two other regions. Hum Reprod Oxf Engl, 35(12), 2832–2849.

2. **Cakmak H., Katz A., Cedars M.I. và cộng sự.** (2013). Effective method for emergency fertility preservation: random-start controlled ovarian stimulation. *Fertil Steril*, 100(6), 1673–1680.
3. **Wang Y., Chen Q., Wang N. và cộng sự.** (2016). Controlled Ovarian Stimulation Using Medroxyprogesterone Acetate and hMG in Patients With Polycystic Ovary Syndrome Treated for IVF: A Double-Blind Randomized Crossover Clinical Trial. *Medicine (Baltimore)*, 95(9), e2939.
4. **Huang H., Itaya Y., Samejima K. và cộng sự.** (2022). Usefulness of random-start progestin-primed ovarian stimulation for fertility preservation. *J Ovarian Res*, 15.
5. **Nguyen H.T.T., Ha T.T.T., Tran H.B. và cộng sự.** (2023). Relationship between BMI and prognosis of chronic heart failure outpatients in Vietnam: a single-center study. *Front Nutr*, 10, 1251601.
6. **Faddy M.J., Gosden R.G., Gougeon A. và cộng sự.** (1992). Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Hum Reprod Oxf Engl*, 7(10), 1342–1346.
7. **Alpha Scientists in Reproductive Medicine and ESHRE Special Interest Group of Embryology** (2011). The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting. *Hum Reprod Oxf Engl*, 26(6), 1270–1283.
8. **Nelson S.M., Shaw M., Alrashid K. và cộng sự.** (2024). Individualized dosing of follitropin delta affects live birth and safety in in vitro fertilization treatment: an individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril*, 122(3), 445–454.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHUYẾT SẸO MỔ Ở SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU

Phạm Thị Mai Anh¹, Bùi Thị Thu Thảo¹, Phan Hoàng Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 237 sản phụ sau mổ lấy thai lần đầu tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2025 nhằm mục tiêu “Nhận xét một số yếu tố liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai” thu được kết quả là: 64 trường hợp (27%) có khuyết sẹo mổ, đều là các khuyết nhỏ (bề dày cơ tử cung còn lại >3mm), các yếu tố có liên quan đến tăng nguy cơ khuyết sẹo: mổ trong chuyển dạ, đặc biệt là pha 1B (OR 2,62, 1,28-5,37), khâu cơ tử cung 1 lớp (OR 1,95, 95%CI 1,06-3,56), khâu mũi vạt (OR 2,22, 95% CI 1,16-4,27), tử cung ngả sau (OR 2,76, 1,50-5,10), tình trạng thiếu máu (OR 2,84, 95%CI 1,22-6,61). Các yếu tố chưa tìm thấy mối liên quan: BMI, cân nặng và tuổi thai tại thời điểm mổ, bệnh lý tăng huyết áp/tiền sản giật, đái tháo đường. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu cơ tử cung 2 lớp, lớp thứ 1 mũi rời có liên quan đến giảm nguy cơ khuyết sẹo. **Từ khóa:** Khuyết sẹo mổ lấy thai, kỹ thuật khâu cơ tử cung

SUMMARY

FACTORS RELATED TO CESAREAN SCAR DEFECTS IN FIRST-TIME CESAREAN SECTION PATIENTS

A prospective descriptive study was conducted on 237 women who underwent their first cesarean section at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital between April 2023 and February 2025. The aim of the study was to review factors associated with

cesarean section scar defects. The study found that 64 cases (27%) had cesarean scar defects, all of which were classified as small (remaining uterine muscle thickness >3 mm). Factors significantly associated with an increased risk of scar defects included: Cesarean section during labor, especially in phase 1B (OR 2.62, 95% CI: 1.28–5.37), single-layer uterine myometrial suture (OR 1.95, 95% CI: 1.06–3.56), continuous suture (OR 2.22, 95% CI: 1.16–4.27), retroverted uterus (OR 2.76, 95% CI: 1.50–5.10) and anemia (OR 2.84, 95% CI: 1.22–6.61). No significant associations were found with BMI, body weight, gestational age at the time of surgery, hypertension/preeclampsia, or diabetes. **Conclusion:** Using a two-layer uterine closure technique, with the first layer sutured using interrupted suture, was associated with a reduced risk of scar defect.

Keywords: Cesarean scar defect, uterine muscle suture technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một phẫu thuật sản khoa đã làm giảm tỉ lệ tử vong và bệnh tật ở bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng kèm theo các biến chứng sau mổ trong đó có khuyết sẹo mổ đang là mối quan tâm của nhiều quốc gia. Khuyết sẹo mổ lấy thai là sự mất liên tục của niêm mạc tử cung một phần hay toàn bộ lớp cơ thành trước eo tử cung, xuất hiện sau mổ lấy thai, gây ra sự hình thành túi dịch tại thành trước đoạn dưới tử cung, eo tử cung hay đoạn trên ống cổ tử cung. Tỉ lệ khuyết sẹo mổ dao động 24%-70% khi siêu âm ngả âm đạo và 56%-84% siêu âm bơm nước buồng tử cung [1], [2], [3]. Sản phụ có khuyết sẹo mổ lấy thai có thể có các triệu chứng khác nhau bao

¹Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mai Anh

Email: drmaianhhp3105@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025