

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CÓ THAI Ở BỆNH NHÂN MẮC VÀ KHÔNG MẮC VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG MẠN TÍNH THỰC HIỆN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Thị Minh Phương^{1,2}, Vũ Văn Tâm¹,
Vũ Thị Bích Loan¹, Lưu Vũ Dũng¹, Cao Ngọc Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ viêm nội mạc tử cung mạn tính (VNMTCT) và đánh giá kết quả có thai ở bệnh nhân (BN) mắc và không mắc bệnh lý này thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc trên 103 BN thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 8/2024 đến 8/2025. VNMTCT được chẩn đoán dựa trên nhuộm hóa mô miễn dịch CD138 (≥ 5 tế bào/10 vi trường). Các BN được chia thành nhóm mắc và không mắc. Nhóm mắc bệnh được điều trị kháng sinh trước chuyển phôi. So sánh kết quả có thai giữa hai nhóm.

Kết quả: Tỷ lệ VNMTCT là 37.9% (39/103). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về đặc điểm chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm và đặc điểm chuyển phôi ($p > 0.05$). Tỷ lệ có thai ở nhóm VNMTCT sau điều trị cao hơn nhóm không mắc (71.1% so với 55.7%), tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Tỷ lệ thai lâm sàng và thai tiến triển ở nhóm VNMTCT sau điều trị lần lượt là 68.4% và 60.5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc (47.5% và 39.3%) với $p = 0.04$. Phân tích theo mức độ bệnh cho thấy nhóm viêm nhẹ ($5 \leq \text{CD138} < 10$) có kết quả thai kỳ cao nhất.

Kết luận: Bệnh lý VNMTCT chiếm tỷ lệ đáng lưu ý trong nhóm BN vô sinh làm thụ tinh trong ống nghiệm. Việc sàng lọc và điều trị trước chuyển phôi có thể cải thiện kết quả thụ tinh trong ống nghiệm, đặc biệt là tỷ lệ thai lâm sàng và thai tiến triển.

Từ khóa: Viêm nội mạc tử cung mạn tính, CD138, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES IN PATIENTS WITH AND WITHOUT CHRONIC ENDOMETRITIS UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION AT HAI PHONG OBSTETRICS AND

¹ Bệnh viện phụ sản Hải Phòng

² Bộ môn phụ sản, trường Đại học Y dược Huế
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Minh Phương
Email: phuonghtss@gmail.com

Mã bài: N616

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2026

Ngày duyệt bài: 9.4.2026

GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence of chronic endometritis (CE) and evaluate pregnancy outcomes in patients with and without this condition undergoing in vitro fertilization (IVF).

Subjects and Methods: A prospective cohort study was conducted on 103 patients undergoing IVF at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital from August 2024 to August 2025. CE was diagnosed based on CD138 immunohistochemical staining (≥ 5 plasma cells per 10 high-power fields). Patients were divided into CE and non-CE groups. The CE group received antibiotic treatment prior to embryo transfer. Pregnancy outcomes were compared between the two groups.

Results: The prevalence of CE was 37.9% (39/103). There was no statistically significant difference between the two groups regarding IVF cycle characteristics and embryo transfer characteristics ($p > 0.05$). The pregnancy rate in the treated CE group was higher than in the non-CE group (71.1% vs. 55.7%), although the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Clinical pregnancy and ongoing pregnancy rates in the treated CE group were 68.4% and 60.5%, respectively, significantly higher than those in the non-CE group (47.5% and 39.3%) with $p = 0.04$. Subgroup analysis showed that patients with mild CE ($5 \leq \text{CD138} < 10$) had the highest pregnancy outcomes.

Conclusion: Chronic endometritis is relatively prevalent among infertile patients undergoing IVF. Screening and treatment prior to embryo transfer may improve IVF outcomes, particularly clinical and ongoing pregnancy rates.

Keywords: Chronic endometritis, CD138, in vitro fertilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh hiếm muộn là một vấn đề sức khỏe sinh sản ảnh hưởng đến khoảng 10–15% các cặp vợ chồng [1]. Sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đã mang lại cơ hội cho nhiều cặp vợ chồng vô sinh. Tuy nhiên hiện nay tỷ lệ có thai sau TTTON vẫn chưa tối ưu. Một trong những nguyên nhân là tình trạng tiếp nhận của nội mạc tử cung.

VNMTCT là tình trạng viêm kéo dài của nội

mạc tử cung (NMTC), đặc trưng bởi sự hiện diện của các tế bào plasma trong mô đệm với tỷ lệ dao động từ 0.2% đến 46%. VNMTCT có liên quan đến giảm khả năng làm tổ của phôi, sảy thai sớm và thất bại làm tổ trong TTTON [1].

Việc chẩn đoán VNMTCT gần đây đã được cải thiện nhờ phương pháp soi buồng tử cung (BTC), sinh thiết NMTC và nhuộm hóa mô miễn dịch CD138 [1]. Việc phát hiện và điều trị VNMTCT có thể cải thiện kết quả có thai ở các thí nghiệm TTTON. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc và sự VNMTCT đến kết quả có thai trong TTTON vẫn còn khác nhau giữa các nghiên cứu (NC).

Tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, số lượng BN vô sinh điều trị bằng TTTON ngày càng tăng. Tuy nhiên, hiện chưa có NC đánh giá ảnh hưởng của VNMTCT đến kết quả có thai trong TTTON. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC: “Nhận xét kết quả có thai ở BN mắc và không mắc VNMTCT làm TTTON tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ mắc VNMTCT ở bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm tại BV Phụ sản Hải Phòng.
2. Nhận xét kết quả có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân mắc VNMTCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: BN làm TTTON tại BV Phụ sản Hải Phòng, thỏa mãn:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi 18-50
- Có ít nhất 1 phôi ngày 3 hoặc ngày 5
- Đồng ý tham gia NC

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có nguyên nhân cơ học của BTC: polyp, UXTC dưới niêm, dính BTC, dị dạng BTC
- Đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh lý toàn thân
- Có tiền sử dùng nội tiết, kháng sinh trong 4 tuần trước khi NC
- Bỏ theo dõi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện không xác suất

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- $Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy với $\alpha=0.05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1.96$

- 1- ϵ : mức độ chính xác mong muốn, chọn $\epsilon = 0.032$

- p là tỷ lệ mắc, theo NC của Kitaya và CS (2010): 29%, thay vào công thức tính ta có n = 91.8. Chúng tôi lựa chọn trong thời gian NC được 103 BN [2].

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu: trung tâm hỗ trợ sinh sản BV Phụ Sản Hải Phòng.

2.2.5. Thời gian nghiên cứu: T8/2024 đến T8/2025.

2.2.6. Chẩn đoán VNMTCT: dựa vào hóa mô miễn dịch tìm tế bào CD138, ngưỡng chẩn đoán theo Santoro (2023): ≥ 5 tế bào CD138/10 vi trường HPF [3].

Kháng sinh chọn theo khuyến cáo của CDC Hoa Kỳ (Doxycillin 100mg *14 ngày, 2 lần/ngày) [4].

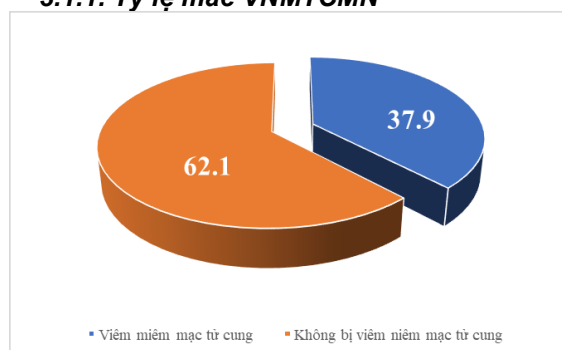
2.2.8. Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 27.0

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: NC được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Huế và BV Phụ sản Hải Phòng thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc VNMTCT và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tỷ lệ mắc VNMTCT



Hình 3. 1. Tỷ lệ viêm VNMTCT

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận 39/103 trường hợp mắc VNMTCT, chiếm tỷ lệ 37.9%, bình thường có 64 BN chiếm tỷ lệ 62.1%.

3.1.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 2. Đặc điểm chung

	VNMTCMT (n= 39)	Bình thường (n= 64)	p
Tuổi	36.3 ± 4.8	34.2 ± 4.4	0.027
	TB: 35.0 ± 4.7		
BMI	22.1 ± 2.8	21.7 ± 2.33	0.37
	TB: 21.9 ± 2.5		
Thời gian vô sinh (tháng)	40.3 ± 29.4	35.1 ± 27.3	0.37
	TB: 37.1 ± 28.1		
Kinh nguyệt đều	29 (74.4%)	43 (67.2%)	0.44
TS viêm phụ khoa	13 (33.3%)	24 (37.5%)	0.67
TS can thiệp BTC	4 (10.3%)	4 (6.3%)	0.47
TS IVF ≥ 1 lần	12 (30.8%)	19 (29.7%)	0.91

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của BN là 35.0 ± 4.7 (tuổi), trong nhóm có VNMTTCMT là 36.33 ± 4.8 (tuổi), lớn hơn nhóm bình thường: 34.2 ± 4.4 (tuổi) (p=0.027).

Bảng 3.2. Đặc điểm chu kỳ TTTON (n=100)

	VNMTCMT (n=37)	Bình thường (n=63)	Tổng (n=100)	p
Số ngày KTBT	10.5±0.8	10.2±0.6	10.3 ± 0.7	0.078
Tổng liều KTBT	5164.5±1111.6	4601.2±953.3	4808.5 ± 1045.2	0.009
E2 ngày Trigger	7912.7±5618.4	7576.1±4468.9	7700.6 ± 4900.2	0.742
P4 ngày Trigger	1.7±1.2	1.9±1.1	1.8 ± 1.2	0.412
Số noãn	13.0±9.7	14.7±7.2	14.1 ± 8.2	0.332
Số phôi	8.5±5.1	9.7±4.8	9.3 ± 5.0	0.224
Chất lượng phôi	Không tốt	20 (31.7)	9 (24.3)	0.278
	1 phôi tốt	9 (14.3)	10 (27.0)	
	≥2 phôi tốt	34 (54.0)	18 (48.6)	

Nhận xét:

- Trên tổng số 103 BN, có 3 BN làm TTTON xin noãn (gồm 2 ca mắc, 1 ca không mắc). Để đánh giá 2 nhóm trên về kết quả TTTON, tôi chỉ đánh giá trên các BN làm TTTON bằng noãn tự thân (n=100, nhóm VNMTTCMT: 37, nhóm bình thường: 63).

- Tổng liều KTBT ở nhóm VNMTTCMT là 5164.5±1111.6 (IU) cao hơn nhóm bình thường là 4601.2±953.3 (IU) (p = 0.009).

3.2. Kết quả có thai sau TTTON

Đến thời điểm chuyển phôi, có 1 BN có VNMTTCMT và 3 BN trong nhóm bình thường có lý do đặc biệt chưa chuyển phôi được. Vì vậy, trong nhóm VNMTTCMT còn 38 BN và nhóm bình thường gồm 61 BN (n=99).

Bảng 3. 3. Hình ảnh NMTC ngày chuyển phôi

NMTC		Nhóm	VNMTCMT (n= 38)	Bình thường (n= 61)	p
Độ dày NMTC trước chuyển phôi (mm)			9.27 ± 1.26	9.00 ± 1.33	0.3
			9.1 ± 1.3		
Hình thái NMTC	Hình ảnh đồng nhất		37 (94.9%)	55 (85.9%)	0.34
	Tăng âm vang		1 (2.6%)	6 (9.4%)	

Nhận xét:

- Độ dày niêm mạc trung bình ngày chuyển phôi 9.1 ± 1.3 (mm)

- Độ dày NMTC trước chuyển phôi giữa các nhóm không có sự khác biệt (p > 0.05).

Bảng 3. 4. Đặc điểm chuyển phôi

		VNMTCMT (n=38)	Bình thường (n=61)	p
Nội tiết	Progesterone (ng/ml)	11.85 ± 3.57	15.86 ± 23.38	0.3
	Estadiol (pg/ml)	360.94 ± 162.91	351.08 ± 211.24	0.81
Số phôi TB		1.63 ± 0.82	1.64 ± 0.75	0.96
Chất lượng phôi (theo phôi tốt nhất)	Tốt	14 (38.6%)	16 (26.7%)	0.51
	Khá	15 (39.5%)	25 (41.7%)	
	TB	9 (23.7%)	19 (31.7%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về nồng độ Progesterone và Estradiol, số phôi chuyển và chất lượng phôi ($p > 0.05$).

Bảng 3. 5. Kết quả thai kỳ

	VNMTTCMT (n=38)	Bình thường (n=61)	p
Có thai	27 (71.1%)	34 (55.7%)	0.13
Thai lâm sàng	26 (68.4%)	29 (47.5%)	0.04
Thai tiến triển	23 (60.5%)	24 (39.3%)	0.04
Sảy thai/ Thai lưu	1 (2.6%)	1 (1.7%)	0.74
Đẻ non	6 (15.8%)	3 (5%)	0.08
Trẻ sinh sống	19 (50%)	21 (35%)	0.14

Nhận xét:

- Tỷ lệ có thai ở nhóm VNMTTCMT cao hơn nhóm bình thường (71.1% so với 55.7%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

- Tỷ lệ thai lâm sàng và thai tiến triển ở nhóm VNMTTCMT lần lượt là 68.4% và 60.5%, cao hơn so với nhóm bình thường (47.5% và 39.3%) với $p = 0.04$.

Bảng 3. 6. Kết quả thai kỳ theo tình trạng và mức độ VNMTTCMT sau điều trị

Nhóm	Kết quả	n	Có thai	Thai lâm sàng	Thai tiến triển	Thai lưu	Trẻ sinh sống
Bình thường (CD138<5)		61	34 (55.7%)	29 (47.5%)	24 (39.3%)	1 (1.7%)	21 (35.0%)
VNMTTCMT nhẹ ($5 \leq \text{CD138} < 10$)		20	15 (75%)	15 (75%)	14 (70%)	0 (0%)	11 (55.0%)
VNMTTCMT nặng ($\text{CD } 138 \geq 10$)		18	12 (66.7%)	11 (61.1%)	9 (50%)	1 (5.6 %)	8 (44.4%)
p			0.27	0.09	0.06	0.46	0.27

Nhận xét: Tỷ lệ có thai, thai lâm sàng và thai tiến triển ở các nhóm VNMTTCMT sau điều trị cao hơn so với nhóm không mắc. Nhóm viêm mức độ nhẹ có tỷ lệ kết quả thai kỳ cao, tiếp đến là nhóm viêm nặng và thấp nhất là nhóm không viêm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ VNMTTCMT và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tỷ lệ VNMTTCMT

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ mắc VNMTTCMT là 37,9% (hình 1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dang (2024) [5] tỷ lệ là 36.6%. Điều này cho thấy VNMTTCMT không còn là bệnh hiếm mà là một bệnh lý đáng kể gây ra tình trạng vô sinh và thất bại hỗ trợ sinh sản hiện nay. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi lại khác với tác giả Demirdag (2021) tỷ lệ mắc bệnh lên đến 55.6% [6]. Nguyên nhân do đối tượng NC và tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. NC của chúng tôi sử dụng nhuộm hóa mô miễn dịch, có độ nhạy cao hơn so với nhuộm H&E truyền thống. Việc áp dụng ngưỡng ≥ 5 tế bào CD138/10 vi trường giúp đảm bảo tính khách quan và tránh chẩn đoán quá mức ở các NC chỉ cần sự hiện diện của 1 tế bào plasma như trong NC của Demirdag (2021) [6].

4.1.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

• Đặc điểm chung

Trong NC của chúng tôi độ tuổi trung bình của BN là 35.0 ± 4.7 (tuổi) (bảng 1), trong đó độ tuổi trung bình của nhóm mắc (36.33 ± 4.8 tuổi)

cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc VNMTTCMT (34.2 ± 4.4 tuổi) ($p=0.027$). Kết quả này tương đồng với NC của Dang (2024) [5], cho thấy tuổi là một yếu tố nguy cơ dự báo kết quả làm tổ của phôi. Điều này gợi ý rằng ở những BN lớn tuổi, sự kết hợp giữa yếu tố giảm chất lượng noãn (do tuổi) và tình trạng VNMTTCMT sẽ tạo ra một tác động kép tiêu cực, làm giảm đáng kể khả năng đón nhận của NMTC.

Về tiền sử can thiệp BTC, mặc dù nhóm VNMTTCMT có tỷ lệ cao hơn (10.3% so với 6.3%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.47$) (bảng 1). Nhiều NC chỉ ra rằng các can thiệp vào BTC là yếu tố nguy cơ dẫn đến VNMTTCMT. Can thiệp tạo điều kiện cho các vi sinh vật xâm nhập vào BTC. Sự hiện diện dai dẳng của vi sinh vật kích thích miễn dịch làm xuất hiện bất thường của các tế bào plasma. Sự khác biệt có thể do trong NC của chúng tôi cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa đánh giá được sự liên quan này.

• Đặc điểm chu kỳ kích thích buồng trứng (KTBT)

Trong NC tổng liều thuốc KTBT ở nhóm

VNMTTCMT (5164.5 ± 1111.6 IU) cao hơn đáng kể so với nhóm bình thường (4601.2 ± 953.3 IU) ($p=0.009$) (bảng 3.2). Điều này cho thấy những BN VNMTTCMT, đáp ứng của cơ thể đối với nội tiết kém hơn, cần liều cao hơn để đạt được kết quả tương đương. Tuy nhiên, sự khác biệt trong NC của chúng tôi có thể do nhóm BN mắc VNMTTCMT có độ tuổi trung bình (36.33 ± 4.8) cao hơn so với nhóm không mắc (34.2 ± 4.4 , $p=0.027$). Tuổi cao đi kèm với sự suy giảm dự trữ buồng trứng, dẫn đến việc cần phải chủ động tăng liều KTBV từ đầu.

Các chỉ số khác như nồng độ E2, P4 ngày trigger, số noãn và số phôi giữa hai nhóm là tương đương. Điều này cho thấy VNMTTCMT chủ yếu tác động lên khả năng tiếp nhận của NMTC hơn là tác động trực tiếp lên chất lượng phôi.

4.2. Kết quả có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm

Về NMTC: không có sự khác biệt về độ dày niêm mạc (9.27 ± 1.26 so với 9.00 ± 1.33) cũng như hình thái niêm mạc vào trước chuyển phôi trên siêu âm ($p=0.34$) giữa nhóm VNMTTCMT và nhóm không mắc (bảng 3.3).

Về nội tiết: nồng độ progesterone và estradiol không có sự khác biệt giữa nhóm VNMTTCMT và nhóm bình thường (bảng 3.4) ($p>0.05$). Điều này cho thấy môi trường nội tiết chuẩn bị cho phôi làm tổ được kiểm soát tốt và đồng nhất giữa các đối tượng NC.

Số lượng và chất lượng phôi cũng ghi nhận sự tương đồng ($p=0.96$ và $p=0.51$).

Sự tương đồng giữa các yếu tố trên giúp loại bỏ các biến số gây nhiễu, làm nổi bật lên vai trò của mỗi tương tác giữa NMTC và phôi trong kết quả TTTON, cũng như đánh giá chính xác hơn sự cải thiện về kết quả có thai ở nhóm VNMTTCMT sau điều trị thực sự có phản ánh hiệu quả của việc cải thiện môi trường miễn dịch NMTC.

Tỷ lệ có thai ở nhóm VNMTTCMT trong NC của chúng tôi cao hơn nhóm bình thường (71.1% so với 55.7%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Điểm đáng chú ý lớn nhất là tỷ lệ thai lâm sàng (68.4%) và tỷ lệ thai tiến triển (60.5%) ở nhóm VNMTTCMT sau điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường (lần lượt là 47.5% và 39.3%) với $p=0.04$ (bảng 3.5). Kết quả này gợi ý rằng môi trường miễn dịch tại NMTC không chỉ quan trọng trong việc thành công làm tổ, mà còn quyết định duy trì thai kỳ khỏe mạnh. Điều này có thể

thấy việc điều trị khỏi VNMTTCMT không chỉ giúp đạt được kết quả tương đương mà còn có xu hướng vượt trội hơn so với nhóm không được can thiệp điều trị.

Kết quả này tương đồng với Vitagliano (2018) [7] cho thấy BN khỏi VNMTTCMT có tỷ lệ mang thai (OR 6.81), tỷ lệ mang thai lâm sàng (OR 4.02) và trẻ sinh sống (OR 3.24) cao hơn so với nhóm VNMTTCMT dai dẳng. Việc tỷ lệ có thai ở nhóm điều trị trong NC của chúng tôi thậm chí cao hơn nhóm không mắc có thể do kháng sinh không chỉ loại bỏ nhiễm trùng mà còn có tác dụng "tái cấu trúc" môi trường miễn dịch NMTC và cải thiện quá trình biến đổi nội mạc bị rối loạn do viêm.

Khi phân tích chi tiết theo mật độ tế bào CD138, nhóm viêm mức độ nhẹ ($5 \leq \text{CD138} < 10$) đạt kết quả thai kỳ tối ưu nhất với tỷ lệ có thai và thai lâm sàng lên tới 75%, thai tiến triển đạt 70%. Ngược lại, nhóm viêm nặng ($\text{CD138} \geq 10$) có kết quả thấp hơn nhóm viêm nhẹ (thai lâm sàng 61,1% so với 75%) (bảng 3.6). Mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), nhưng xu hướng này hoàn toàn phù hợp với kết quả Song (2021) [8] cho thấy những trường hợp viêm nặng với mật độ tế bào plasma cao thường khó điều trị hơn và có thể cần nhiều hơn một đợt kháng sinh để đạt được sự thuyên giảm hoàn toàn. Điều này gợi ý rằng mức độ thâm nhiễm tế bào plasma là một chỉ báo quan trọng cho tiên lượng đáp ứng điều trị.

Về các kết cục muộn hơn, mặc dù tỷ lệ đẻ non ở nhóm VNMTTCMT cao hơn so với nhóm bình thường (15.8% so với 5%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.08$). Tuy nhiên, đây là một tín hiệu lâm sàng cần lưu ý. Theo một số NC trước đó, VNMTTCMT có liên quan đến các biến chứng sản khoa như sảy thai liên tiếp và các vấn đề về rau thai. Vì vậy, cần theo dõi sát các thai kỳ có tiền sử VNMTTCMT ngay cả khi đã được điều trị khỏi.

V. KẾT LUẬN

Qua NC trên 103 BN vô sinh thực hiện TTTON tại BV Phụ sản Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Tỷ lệ mắc và đặc điểm lâm sàng của VNMTTCMT

- Có 37,9% BN VNMTTCMT thông qua nhuộm hóa mô miễn dịch CD138
- Nhóm VNMTTCMT có độ tuổi trung bình

(36.33±4.8) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường (34.2±4.4) ($p=0.027$)

- Nhóm VNMTCTM có tổng liều thuốc KTBT (5127,56±1091 IU) cao hơn đáng kể so với nhóm bình thường (4606.48±956.17 IU) ($p=0.013$).

2. Kết quả có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm

- Việc tầm soát và điều trị VNMTCTM bằng kháng sinh Doxycycline giúp cải thiện rõ rệt kết cục thai kỳ.

- Nhóm VNMTCTM sau điều trị có tỷ lệ thai lâm sàng (68.4%) và tỷ lệ thai tiến triển (60.5%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường (lần lượt là 47.5% và 39.3%) ($p=0.04$).

- Nhóm viêm nhẹ ($5 \leq \text{CD138} < 10$) có kết quả thai kỳ tối ưu nhất với tỷ lệ có thai và thai lâm sàng là 75%, thai tiến triển đạt 70%.

VI. KIẾN NGHỊ: nên áp dụng sàng lọc và điều trị VNMTCTM cho các BN làm TTTN để nâng cao kết quả có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh N, Sethi A. Endometritis - Diagnosis, Treatment and its impact on fertility - A Scoping Review. JBRA Assist Reprod. 2022;26(3):538-46.
2. Kitaya K, Yasuo T. Aberrant expression of selectin E, CXCL1, and CXCL13 in chronic endometritis. Mod Pathol. 2010;23(8):1136-46.

3. Santoro A, Travaglini A, Inzani F, Angelico G, Raffone A, Maruotti GM, et al. The Role of Plasma Cells as a Marker of Chronic Endometritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biomedicines. 2023;11(6).
4. Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Lepera A, Alfonso R, Indraccolo U, et al. Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy. Hum Reprod. 2015;30(2):323-30.
5. Dang J, Xiao X, Li M. Correlation of hysteroscopic findings of chronic endometritis with CD138 immunohistochemistry and their correlation with pregnancy outcomes. J Assist Reprod Genet. 2024;41(9):2477-83.
6. Demirdag E, Guler I, Cevher Akdulum MF, Sahin E, Erdem O, Erdem A, et al. Subsequent IVF outcomes following antibiotic therapy for chronic endometritis in patients with recurrent implantation failure. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(12):4350-6.
7. Vitagliano A, Saccardi C, Noventa M, Di Spiezio Sardo A, Saccone G, Cicinelli E, et al. Effects of chronic endometritis therapy on in vitro fertilization outcome in women with repeated implantation failure: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2018;110(1):103-12.e1.
8. Song D, Feng X, Zhang Q, Xia E, Xiao Y, Xie W, et al. Prevalence and confounders of chronic endometritis in premenopausal women with abnormal bleeding or reproductive failure. Reprod Biomed Online. 2018;36(1):78-83.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA MÔ HÌNH PHỐI HỢP EASIX VÀ BISAP TRONG VIÊM TỤY CẤP

Dương Quang Huy¹, Phạm Minh Khương¹,
Trần Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Lâm Tùng², Mai Thanh Bình^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng của các mô hình phối hợp giữa EASIX, tỷ số bạch cầu trung tính/lympho (NLR) và thang điểm BISAP trong dự báo

viêm tụy cấp (VTC) nặng và suy tạng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cohort tiến cứu trên 121 bệnh nhân VTC tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 từ 06/2025 đến 03/2026. Ba chỉ số được tính trong 24 giờ đầu nhập viện. Bốn mô hình phối hợp được xây dựng bằng hồi quy logistic; AUROC so sánh bằng kiểm định DeLong, hiệu chuẩn đánh giá bằng Hosmer–Lemeshow. **Kết quả:** AUROC của các chỉ số đơn lẻ trong tiên lượng VTC nặng và suy tạng lần lượt là EASIX 0,802 và 0,790; BISAP 0,700 và 0,732; NLR 0,600 và 0,592. Mô hình EASIX + BISAP đạt AUROC 0,827 (VTC nặng; $p = 0,02$ so với BISAP) và 0,838 (suy tạng; $p =$

¹ Bệnh viện Quân y 103

² Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình

Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com

Mã bài: N650

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026