

V. KẾT LUẬN

Bộ câu hỏi IPAQ-SF cho thấy độ tin cậy cao khi áp dụng trên nhóm người cao tuổi có thoái hóa khớp gối, với hệ số ICC dao động từ 0,77 đến 0,98 (CI 95%, $p < 0,05$), phản ánh mức độ ổn định tốt giữa các lần đo. Bên cạnh đó, hệ số Cronbach's Alpha đạt 0,688 cho thấy mức độ nhất quán nội tại ở mức chấp nhận được. Ngoài ra, IPAQ-SF còn cho phép ghi nhận tương đối đầy đủ tình trạng hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu, bao gồm thời gian vận động và mức tiêu hao năng lượng tương ứng cho từng mức hoạt động, qua đó hỗ trợ mô tả chính xác hơn đặc điểm vận động của nhóm người cao tuổi có thoái hóa khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cui, A., et al., *Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies*. 2020. **29**.
2. Kolasinski, S.L., et al., *2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee*. 2020. **72**(2): p. 220-233.
3. Diu, V.T., et al., *Physical function evaluation in older patients with knee osteoarthritis*. 2023. **173**(12E13): p. 175-183.
4. Tsai, C.-H., Y. Liao, and S.-H.J.B.g. Chang, *Cross-sectional association of physical activity levels with risks of sarcopenia among older Taiwanese adults*. 2024. **24**(1): p. 560.
5. Joseph, K.L., et al., *Criterion validity of The International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF) for use in clinical practice in patients with osteoarthritis*. 2021. **22**(1): p. 232.
6. Tran, D.V., et al., *Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire-Short Form for older adults in Vietnam*. 2013. **24**(2): p. 126-131.
7. Ács, P., et al., *Criterion validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire-Hungarian short form against the RM42 accelerometer*. 2021. **21**(Suppl 1): p. 381.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG

Đặng Việt Hai¹, Lê Thị Anh Đào¹, Đinh Quang Trung²,
Triệu Thị Thu Trang³, Lương Thị Vân Anh¹, Lã Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản-Bệnh viện Bưu Điện. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 338 chu kỳ bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Bưu Điện năm 2021-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai chung đạt 19,5% và tỷ lệ có thai lâm sàng đạt 13%. Nhóm tuổi vợ <25 tỷ lệ có thai cao nhất (31,7%), nhóm tuổi 25-29 là 22,0%, nhóm tuổi 30-34 là 16,3% và >35 tuổi là 9,6%. Số lượng nang noãn trưởng thành nhóm có ≥2 nang đạt tỷ lệ có thai 39,4%, cao gấp gần 3 lần nhóm 1 nang (14,7%), độ dày niêm mạc tử cung ≥14mm đạt

tỷ lệ có thai 50%, nhóm niêm mạc tối ưu 8-11,9mm là 18,5% và không ghi nhận ca có thai khi niêm mạc <7mm. Chất lượng tinh trùng đóng vai trò quyết định với mật độ trước lọc rửa ≥16 triệu/ml và sau lọc rửa ≥32 triệu/ml liên quan mật thiết đến khả năng thụ thai thành công. **Kết luận:** Việc lựa chọn bệnh nhân trẻ tuổi, tối ưu hóa kích thích buồng trứng để đạt ít nhất 2 nang noãn và đảm bảo chất lượng tinh trùng sau lọc rửa là những chìa khóa quan trọng để nâng cao hiệu quả điều trị IUI.

Từ khóa: Điều trị vô sinh, phương pháp bơm tinh trùng, Bệnh viện Bưu điện.

SUMMARY

RESULTS OF INFERTILITY TREATMENT USING INTRAUTERINE INSEMINATION

Objective: To evaluate treatment outcomes and identify factors associated with the success of intrauterine insemination (IUI) in infertile couples at the Assisted Reproduction Center, Postal Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Participants:** A total of 338 IUI cycles performed at the Postal Hospital from 2021 to 2024. **Results:** The

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Bưu điện

³ Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Hai

Email: danghaitp161@gmail.com

Mã bài: N658

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2026

Ngày duyệt bài: 20.4.2026

overall pregnancy rate was 19.5%, with a clinical pregnancy rate of 13%. The highest pregnancy rate was observed in women aged <25 years (31.7%), followed by those aged 25–29 years (22.0%), 30–34 years (16.3%), and >35 years (9.6%). Patients with ≥ 2 mature follicles achieved a pregnancy rate of 39.4%, nearly three times higher than those with a single follicle (14.7%). An endometrial thickness ≥ 14 mm was associated with a pregnancy rate of 50%, whereas the optimal range of 8–11.9 mm yielded a rate of 18.5%, and no pregnancies were recorded when endometrial thickness was <7 mm. Sperm quality played a decisive role, with pre-wash sperm concentration ≥ 16 million/mL and post-wash concentration ≥ 32 million/mL being strongly associated with successful conception.

Conclusion: Younger patient age, optimized ovarian stimulation to achieve at least two mature follicles, and adequate post-wash sperm quality are key determinants in improving IUI success rates at the study center.

Keywords: Infertility treatment, Intrauterine insemination, Post Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, vô sinh là tình trạng không có thai sau 12 tháng hoặc hơn dù quan hệ tình dục thường xuyên và không sử dụng các biện pháp tránh thai. Vô sinh là một vấn đề lớn không chỉ ảnh hưởng tới hạnh phúc của các cặp vợ chồng mà còn ảnh hưởng tới xã hội. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là một trong những phương pháp điều trị được chỉ định và áp dụng nhiều nhất cho các vợ chồng hiếm muộn vì phương pháp này đơn giản, thuận tiện, ít xâm lấn và chi phí thấp hơn so với phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm (IVF)¹.

Kết quả điều trị IUI phụ thuộc rất lớn vào việc tuyển chọn bệnh nhân dựa trên các yếu tố (tuổi mẹ, thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh) và cận lâm sàng (dự trữ buồng trứng, chất lượng tinh trùng). Tại Bệnh viện Bưu Điện – một trong những trung tâm hỗ trợ sinh sản hàng đầu, dù IUI đã triển khai từ 2013 nhưng việc phân tích hệ thống các đặc điểm này để tối ưu hóa chỉ định và tiên lượng điều trị vẫn chưa được tổng kết đầy đủ.

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Bưu Điện là đơn vị uy tín với lưu lượng bệnh nhân vô sinh lớn. Việc nghiên cứu kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại đây không chỉ giúp đánh giá hiệu quả điều trị mà còn cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng giúp bác sĩ tiên lượng kết quả điều trị của bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm

tinh trùng vào buồng tử cung” với mục tiêu: Nhận xét kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Bưu Điện từ năm 2021 đến 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 338 chu kỳ bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Bưu Điện năm 2021-2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

• Về phía người vợ:

○ Xác định có ít nhất một vòi tử cung thông qua chụp tử cung vòi trứng (HSG) hoặc phẫu thuật nội soi.

○ Trong chu kỳ điều trị, có ít nhất một nang noãn kích thước ≥ 18 mm ở phía bên vòi tử cung thông.

○ Kết quả xét nghiệm nội tiết cơ bản (ngày 2 chu kỳ kinh) trong giới hạn bình thường.

○ Không đang mắc các bệnh lý viêm nhiễm phụ khoa (viêm âm đạo, cổ tử cung, viêm phần phụ) tại thời điểm thực hiện thủ thuật.

• Về phía người chồng:

○ Tinh dịch đồ bình thường hoặc có bất thường mức độ nhẹ đến trung bình (tinh trùng ít, yếu).

○ Đầy đủ các xét nghiệm sàng lọc theo quy định (HIV, HBsAg, BW).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

• Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin quan trọng phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

• Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân nặng hoặc dị dạng đường sinh dục bẩm sinh gây cản trở kỹ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

• **Tính cỡ mẫu bằng công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ:**

$$N = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)}}{d^2} p(1-p)$$

Trong đó:

N: Cỡ mẫu nghiên cứu.

p: Theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thủy (2017) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỉ lệ có thai lâm sàng là 15,6%².

d: Khoảng sai lệch mong muốn (=0,05).

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Độ tin cậy ở mức xác suất 98% (= 1,96).

Thay vào công thức trên cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 286, cỡ mẫu lấy được trong nghiên cứu là 338 chu kỳ bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

Mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu xác suất, cụ thể là chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Đã có 5430 chu kỳ bơm IUI tại bệnh viện Bưu Điện trong 3 năm từ 2021-2024 đã được tiến hành. Các hồ sơ được đánh số thứ tự, chọn ngẫu nhiên 350 hồ sơ bằng website Random.org. Các hồ sơ không đủ thông tin nghiên cứu là 12, còn lại 338 hồ sơ đủ điều kiện nghiên cứu.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Từ tổng số 5.430 chu kỳ IUI thực hiện tại bệnh viện trong 3 năm, chúng tôi đánh số thứ tự và sử dụng website Random.org để chọn ra 350 hồ sơ. Sau khi loại bỏ 12 hồ sơ không đủ tiêu chuẩn, mẫu chính thức đạt 338 chu kỳ.

2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

• **Địa điểm:** Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Bưu Điện.

• **Thời gian:** Từ năm 2021 đến năm 2024.

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số được xây dựng nhằm phản ánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như: đặc điểm tuổi vợ, tuổi chồng, thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh, phân loại vô sinh, độ dày niêm mạc tử cung, số nang noãn, đặc điểm tinh trùng.

2.4. Quy trình thu thập và xử lý số liệu

• **Công cụ thu thập:** Phiếu thu thập thông tin thống nhất, trích xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý bệnh viện và bệnh án giấy.

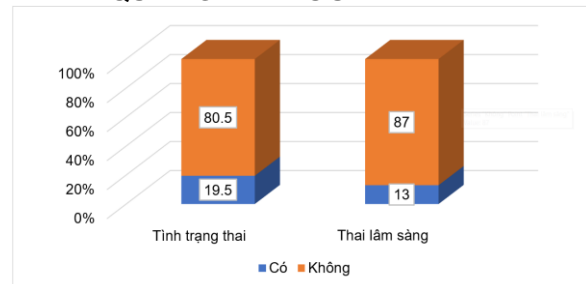
• **Quy trình:** Các chỉ số về tình dịch đồ được thực hiện theo tiêu chuẩn WHO. Theo dõi nang noãn bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Kỹ thuật bơm IUI được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa theo quy trình chuẩn của Trung tâm.

• **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện vì mục đích khoa học, nhằm cải thiện chất lượng điều trị. Mọi thông tin về định danh bệnh nhân được mã hóa và bảo mật tuyệt đối. Nghiên cứu tuân thủ các chuẩn mực đạo đức trong y sinh học theo tuyên bố Helsinki.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Kết quả điều trị của bệnh nhân

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp tình trạng có thai là 19,5% và có thai lâm sàng là 13,0%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa tuổi đến kết quả điều trị

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Kết quả điều trị		p
		Có thai	Không có thai	
Nhóm tuổi của vợ	<25	13 (31,7)	28 (68,3)	0,04
	25 – 29	31 (22,0)	110 (78,0)	
	30 – 34	17 (16,3)	87 (83,7)	
	>35	5 (9,6)	47 (90,4)	
Nhóm tuổi của chồng	<40	62 (19,7)	252 (80,3)	1,0
	≥40	4 (16,7)	20 (83,3)	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi của người vợ và kết quả điều trị với $p = 0,04$ ($p < 0,05$). Tỷ lệ có thai có xu hướng giảm dần khi tuổi của người vợ tăng lên. Nhóm phụ nữ trẻ tuổi nhất (<25 tuổi) đạt tỷ lệ có thai cao nhất với 31,7%. Tỷ lệ này giảm xuống còn 22,0% ở nhóm 25–29 tuổi, 16,3% ở nhóm 30–34 tuổi và thấp nhất ở nhóm trên 35 tuổi với chỉ 9,6%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm vô sinh đến kết quả điều trị

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Kết quả điều trị		p
		Có thai	Không có thai	
Phân bố bệnh nhân theo loại vô sinh	Nguyên phát	40 (17,9)	184 (82,1)	0,28
	Thứ phát	26 (22,8)	88 (77,2)	
Thời gian vô sinh	≥5	7 (21,2)	26 (78,8)	0,77
	3 – 5	13 (18,8)	56 (81,2)	
	<3	36 (15,2)	200 (84,7)	

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa thời gian vô sinh và kết quả điều trị ($p = 0,77$). Tỷ lệ có thai dao động từ 15,2% đến 21,2% giữa các nhóm thời gian vô sinh khác nhau (dưới 3 năm, từ 3–5 năm và trên 5 năm).

Bảng 3. Mối liên quan giữa số nang noãn và niêm mạc tử cung đến kết quả điều trị

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Kết quả điều trị		p
		Có thai	Không có thai	
Số nang noãn	1	40 (14,7)	232 (85,3)	0,000
	≥ 2	26 (39,4)	40 (60,6)	
Niêm mạc tử cung	≥ 14	2 (50)	2 (50)	0,007
	12,0 – 13,9	8 (40)	12 (60)	
	8,0 – 11,9	46 (18,5)	202 (81,5)	
	7 – 7,9	10 (21,7)	36 (78,3)	
	< 7	0 (0,0)	20 (100)	

Số lượng nang noãn là yếu tố có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân có từ 2 nang noãn trở lên có tỷ lệ có thai đạt 39,4%. Tỷ lệ có thai có xu hướng tăng dần theo độ dày của niêm mạc tử cung. Đặc biệt, ở nhóm có niêm mạc tử cung < 7 mm, không ghi nhận có thai.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mật độ tinh trùng đến kết quả điều trị

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Kết quả điều trị		p
		Có thai	Không có thai	
Mật độ tinh trùng trước lọc rửa (triệu/ml)	< 16	18 (18,5)	110 (85,9)	0,048
	≥ 16	48 (22,9)	162 (77,1)	
Mật độ tinh trùng sau lọc rửa (triệu/ml)	< 32	26 (14,8)	150 (85,2)	0,022
	≥ 32	40 (24,7)	122 (75,3)	

Mật độ tinh trùng trước lọc rửa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị ($p = 0,048$). Nhóm có mật độ tinh trùng ban đầu ≥ 16 triệu/ml có tỉ lệ có thai đạt 22,9%, cao hơn so với nhóm có mật độ thấp hơn. Mật độ tinh trùng sau lọc rửa thể hiện rõ nét hơn sau khi mẫu được xử lý ($p = 0,022$). Cụ thể, tỉ lệ có thai ở nhóm có mật độ sau lọc rửa ≥ 32 triệu/ml đạt 24,7%, cao hơn đáng kể so với mức 14,8% ở nhóm có mật độ dưới 32 triệu/ml.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có thai là 19,5% và tỷ lệ có thai lâm sàng là 13% trên tổng số 338 chu kỳ IUI. Chênh lệch giữa thai và thai lâm sàng phản ánh tình trạng sảy thai sớm, vốn là biến cố thường gặp trong điều trị hỗ trợ sinh sản và xảy ra nhiều hơn ở các chu kỳ IUI so với IVF do kỹ thuật đơn giản và ít kiểm soát hơn về chất lượng phôi. Kết quả của chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu tại Việt Nam, ghi nhận tỷ lệ có thai lâm sàng 14,3% chu kỳ IUI³. Những con số này đều nằm trong khoảng thường gặp (10–20%) của các trung tâm IUI trong nước, phản ánh rằng mẫu nghiên cứu có đặc điểm bệnh nhân và quy trình điều trị tương đồng với các cơ sở hỗ trợ sinh sản lớn. Trong các nghiên cứu quốc tế tỷ lệ có thai lâm sàng trên mỗi chu kỳ IUI trên thế giới thường dao động 10%–20%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (13%) nằm trong khoảng này, cho thấy hiệu quả điều trị đạt mức tương đương các trung tâm quốc tế.

Kết quả cho thấy tỷ lệ có thai giảm dần khi tuổi vợ tăng, cho thấy tuổi vợ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng thụ thai khi thực hiện IUI. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Hoàng Thị Phương Thúy (2017) ghi nhận tỷ lệ có thai 28,6% ở nhóm < 30 tuổi so với 9,4% ở nhóm ≥ 35 tuổi³. Tuy nhiên, tỷ lệ có thai ở nhóm chồng < 40 tuổi là 19,7%, so với 16,7% ở nhóm ≥ 40 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 1,0$).

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ có thai ở nhóm vô sinh nguyên phát là 17,9%, thấp hơn nhóm vô sinh thứ phát 22,8%, ($p = 0,28$). Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy loại vô sinh (nguyên phát hay thứ phát) không phải là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả IUI trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có ≥ 2 nang noãn trưởng thành có tỷ lệ có thai 39,4%, cao gấp gần 3 lần so với nhóm 1 nang (14,7%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P = 0,000$). Điều này chứng tỏ số nang trưởng thành là một

yếu tố tiên lượng quan trọng đối với thành công của IUI. Theo khuyến cáo quốc tế hiện nay (ESHRE 2021) đề xuất kích thích buồng trứng hướng tới 2 nang trưởng thành để cân bằng giữa hiệu quả và an toàn⁴.

Nhóm bệnh nhân có niêm mạc <7mm không ghi nhận ca có thai nào (0%); Nhóm 7–7,9mm có tỷ lệ 21,7%, nhóm 8–11,9mm có 18,5%, nhóm 12–13,9 mm 40%, và nhóm ≥14 mm 50% (p<0,01). Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ có thai giảm đáng kể khi niêm mạc <7 mm⁵. Điều đáng chú ý là nhóm niêm mạc ≥12 mm trong nghiên cứu này có tỷ lệ có thai cao hơn (40–50%). Một số nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ thành công cao khi niêm mạc dày 12–14 mm, miễn là không có bất thường cấu trúc (tăng sinh hoặc polyp)⁵. Niêm mạc <7 mm cần được can thiệp (điều chỉnh liều kích thích, bổ sung estrogen, cải thiện tưới máu). Niêm mạc 8–12 mm là vùng tối ưu, phù hợp với khuyến cáo ESHRE và ASRM. Niêm mạc ≥12 mm vẫn có thể cho kết quả tốt, nhưng cần đánh giá hình thái và loại trừ bất thường nội mạc.

Mật độ tinh trùng trước lọc rửa và sau lọc rửa cũng là yếu tố có liên quan mật thiết tới khả năng có thai sau can thiệp. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Miller và cộng sự (2002) cho thấy mật độ tinh trùng ban đầu là một yếu tố dự báo quan trọng, đặc biệt khi tổng số tinh trùng di động (TMSC) trước lọc <5–10 triệu, tỷ lệ có thai giảm mạnh⁷.

Trong khi đó, sau lọc rửa, nhóm có mật độ ≥32 triệu/ml đạt tỷ lệ có thai 24,7%, cao hơn đáng kể so với nhóm <32 triệu/ml (14,7%, P=0,022). Điều này phù hợp với cơ chế của IUI: lọc rửa loại bỏ tinh trùng kém chất lượng, cô đặc tinh trùng di động tốt, giúp tăng nồng độ tinh trùng có khả năng thụ tinh ở vị trí tiếp xúc với noãn. Các nghiên cứu trước đó cho thấy TMSC sau lọc ≥5 triệu là ngưỡng tiên lượng quan trọng: dưới ngưỡng này, tỷ lệ có thai giảm đáng kể⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mật độ cao sau lọc (≥32 triệu/ml) có kết quả tốt hơn, củng cố vai trò tiên lượng của chất lượng tinh trùng sau xử lý. Mật độ tinh trùng trước lọc ≥16 triệu/ml và sau lọc ≥32 triệu/ml liên quan đến khả năng có thai cao hơn. Việc đánh giá và tối ưu hóa chất lượng tinh trùng trước và sau lọc rửa có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Bưu Điện cho thấy nhóm bệnh nhân điều trị IUI có đặc điểm lâm sàng thuận lợi với độ tuổi sinh sản trẻ, thời gian vô sinh ngắn và chủ yếu là vô sinh thứ phát. Nghiên cứu khẳng định mối liên quan mật thiết giữa kết quả điều trị với độ tuổi của người vợ, số lượng nang noãn và chất lượng tinh trùng sau lọc rửa. Việc duy trì độ dày niêm mạc tử cung ổn định và kỹ thuật lọc rửa tinh trùng chuyên sâu đã giúp cải thiện rõ rệt các chỉ số mật độ tinh trùng, tạo điều kiện thuận lợi nhất cho quá trình thụ thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guzick DS, Carson SA, Coutifaris C, et al.** Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility. National Cooperative Reproductive Medicine Network. *N Engl J Med.* 1999;340(3):177-183. doi:10.1056/NEJM199901213400302
2. **Hoàng Thị Phương Thủy.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại BV Phụ sản TƯ năm 2016. Published online 2017.
3. **Hoàng Thị Phương Thủy.** Kết quả và yếu tố ảnh hưởng đến IUI tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2017;(21(1)):33-40.
4. **ESHRE Guideline Group.** Ovarian stimulation for intrauterine insemination: guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Published online 2021.
5. **Yuan X, Saravelos SH, Wang Q, Xu Y, Li TC, Zhou C.** Endometrial thickness as a predictor of pregnancy outcomes in 10787 fresh IVF-ICSI cycles. *Reprod Biomed Online.* 2016;33(2):197-205. doi:10.1016/j.rbmo.2016.05.002
6. **Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.** Electronic address: asrm@asrm.org, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: a guideline. *Fertil Steril.* 2020;113(2):305-322. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.10.014
7. **Miller DC, Hollenbeck BK, Smith GD, et al.** Processed total motile sperm count correlates with pregnancy outcome after intrauterine insemination. *Urology.* 2002;60(3):497-501. doi:10.1016/s0090-4295(02)01773-9
8. **Huniadi A, Bimbo-Szuha E, Botea M, et al.** Fertility Predictors in Intrauterine Insemination (IUI). *J Pers Med.* 2023;13(3):395. doi:10.3390/jpm13030395