

5. Kobayashi Y, Ogura Y, Kitagawa T, Yonezawa Y, Takahashi Y, Yasuda A, et al. (2019), Gender Differences in Pre- and Postoperative Health-Related Quality of Life Measures in Patients Who Have Had Decompression Surgery for Lumbar Spinal Stenosis. *Asian Spine J.*
6. Lonne G, Fritzell P, Hagg O, Nordvall D, Gerdhem P, Lagerback T, et al. (2019), Lumbar spinal stenosis: comparison of surgical practice variation and clinical outcome in three national spine registries. *Spine J.* 19(1): p. 41-49.
7. Peng H, Tang G, Zhuang X, Lu S, Bai Y and Xu L (2019), Minimally invasive spine surgery decreases postoperative pain and inflammation for patients with lumbar spinal stenosis. *Exp Ther Med.* 18(4): p. 3032-3036.
8. Pennington Z, Alentado V J, Lubelski D, Alvin M D, Levin J M, Benzel E C, et al. (2019), Quality of life changes after lumbar decompression in patients with tandem spinal stenosis. *Clin Neurol Neurosurg.* 184: p. 105455.
9. Perna F, Geraci G, Mazzotti A, Stefanini N, Panciera A and Faldini C (2019), Acute Presentation of Lumbar Spinal Stenosis Due to Ossified Ligamentum Flavum: The Possible Role of Spondylolisthesis: A Case Report. *JBJS Case Connect.* 9(2): p. e0039.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ CÓ THAI CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁP ỨNG KÉM VỚI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Hoàng Quốc Huy¹, Lê Thị Hương Lan², Nguyễn Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Anh¹, Nguyễn Thị Kim Tiến¹, Nguyễn Thị Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét số lượng noãn và tỷ lệ có thai của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 trường hợp đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến 09/2021. **Kết quả và bàn luận:** Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi với tuổi trung bình 36,78 ± 4,95 năm và thời gian vô sinh khá dài 5,00 ± 2,87 năm. Các bệnh nhân đáp ứng kém kích thích buồng trứng thể hiện các chỉ số AMH trung bình thấp 1,04 ± 0,82 ng/ml và số nang thứ cấp ít 5,57 ± 1,48 nang. Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chứng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

Từ khóa: Đáp ứng kém, kích thích buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND PREGNANCY RATE OF PATIENTS WHO RESPOND POORLY

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quốc Huy

Email: huyquochoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

TO OVARIAN STIMULATION

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and comment on the number of oocytes and the pregnancy rate of patients who have a poor ovarian response to ovarian stimulation. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 60 cases of poor response to ovarian stimulation who were examined and treated at the National Center for Assisted Reproductive Technology - National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to September 2021. **Results and discussion:** The poor response to ovarian stimulation was mainly in elderly patients with a mean age of 36,78 ± 4,95 years and a relatively long duration of infertility of 5,00 ± 2,87 years. The patients who responded poorly to ovarian stimulation exhibited a low mean AMH index of 1,04 ± 0,82 ng/ml and a low number of secondary follicles of 5,57 ± 1,48 follicles. The average number of oocytes retrieved was 5,10 ± 2,27. In which the number of MII oocytes accounted for the most with 4,23 ± 1,89. The proportion of patients who tested positive for hCG was 13,56%. The clinical pregnancy rate is 10,17%. The ongoing pregnancy rate was 8,47%. Stillbirth rate: the control group had 1 case of stillbirth, accounting for 1,67%. The biochemical pregnancy rate with 2 cases of biochemical pregnancy accounted for 3,39%.

Keywords: Poor response, ovarian stimulation, in vitro fertilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (KTBT) chiếm từ 9%-24% các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON)1,2, được định nghĩa là số lượng noãn thu được ít trong chu kỳ TTTON, mặc dù bệnh nhân được KTBT với phác đồ chuẩn. Trường hợp này hay gặp ở những phụ nữ lớn tuổi (trên 35 tuổi), có dự trữ buồng trứng

giảm, nồng độ FSH đầu chu kỳ kinh thường tăng trên 10 UI/L và số nang thứ cấp ít. Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bóc u buồng trứng làm giảm mô lành, những người dính tiểu khung nặng hoặc bị lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cũng là những bệnh nhân có nguy cơ đáp ứng kém. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến nay vẫn chưa có giải pháp điều trị hiệu quả và đang nhận được nhiều sự quan tâm các nhà khoa học để tìm hướng giải quyết. Hiểu rõ đặc điểm của các trường hợp đáp ứng kém với KTBT có vai trò rất quan trọng trong định hướng tìm giải pháp cá thể hóa điều trị nhằm thu được số noãn tối ưu cũng như gia tăng tỷ lệ có thai cho các cặp vợ chồng vô sinh hiếm muộn. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

Nhận xét số lượng noãn và tỷ lệ có thai của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn được 60 bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị thực hiện IVF/ICSI, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2021, tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện phụ sản Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có 2 trên 3 các tiêu chuẩn đầu và đáp ứng 3 tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≥ 40 tuổi hoặc có bất kỳ yếu tố nguy cơ đáp ứng kém.

- Có một hoặc hai chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm thất bại sử dụng liều Gonadotropin cao (≥ 300 UI trong một chu kỳ IVF/ICSI) và số nang noãn chọc hút được ≤ 3 .

- Nang thứ cấp (AFC) $< 5-7$ nang hoặc Anti - Mullerian Hormone (AMH) $< 1,1$ ng/ml.

- Tinh dịch đồ của chồng bình thường. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp xin noãn. Các trường hợp bệnh lý tuyến giáp. Các bệnh nhân suy giảm chức năng gan thận. Các bất thường cơ quan sinh dục, tiền sử can thiệp phẫu thuật buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Các trường hợp được xác định là đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia - Bệnh viện Phụ sản Trung

ương từ tháng 01/2021 đến 09/2021.

Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Tuổi, BMI, tiền sử IVF.

- Dự trữ buồng trứng (FSH, LH, E2, AMH và testosterone), AFC.

- Kết quả KTBT: nồng độ E2, niêm mạc tử cung, số lượng noãn chọc hút

- Số lượng phôi, tỷ lệ thụ tinh, số lượng phôi chuyển, hCG dương tính và tỷ lệ thai lâm sàng

Phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình STATA 14.0

- Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$

- $P < 0,05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức.

- Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho cơ sở nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ phục vụ cho sức khỏe bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

- Trung thực trong xử lý số liệu, khách quan trong thăm khám và đánh giá kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	$X \pm SD/Số lượng$ (Tỷ lệ %)
Tuổi (năm)	$36,78 \pm 4,95$
< 35	16 (26,67)
35 - 40	28 (46,67)
≥ 40	16 (26,67)
BMI (kg/m ²)	$21,32 \pm 2,16$
Thấp cân (< 18,5)	6 (10)
Bình thường (18,5 - 22,9)	40 (66,67)
Thừa cân (23,0 - 24,9)	11 (18,33)
Béo phì ($\geq 25,0$)	3 (5,00)
Thời gian vô sinh (năm)	$5,00 \pm 2,87$
≤ 5	39 (65,00)
6 - 10	15 (25,00)
≥ 10	6 (10,00)
Số chu kỳ IVF đã thực hiện	
Chưa thực hiện	53 (88,33)
1 chu kỳ	5 (8,33)
2 chu kỳ	2 (3,33)

Nhận xét: Tuổi trung bình của 3 nhóm bệnh nhân lần lượt là $36,78 \pm 4,95$. Chỉ số BMI trung bình của đối tượng là $21,32 \pm 4,95$ kg/m². Thời gian vô sinh trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $5,00 \pm 2,87$ năm.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ±SD/Số lượng (tỷ lệ %)
Nồng độ nội tiết đầu chu kỳ kinh	
FSH (IU/L)	8,23 ± 2,25
LH (IU/L)	4,15 ± 1,74
E2 (pg/ml)	34,00 ± 9,57
AMH (ng/ml)	1,04 ± 0,82
≤ 0,5	7 (11,67)
0,5 – 1,1	31 (51,67)
≥ 1,1	22 (36,67)
Số nang thứ cấp (nang)	5,57 ± 1,48
< 3	3 (5,77)
3 – 5	12 (23,08)
6 - 7	37 (71,15)
Niêm mạc tử cung ngày tiêm hCG (mm)	10,39 ± 1,69
≤ 8	5 (8,33)
> 8	55 (91,67)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có 6-7 nang thứ cấp trong nghiên cứu cao nhất, chiếm 71,15%. Có 5,77% bệnh nhân có dưới 3 nang nang thứ cấp. Số nang thứ cấp trung bình của bệnh nhân là 5,39 ± 1,59. Nồng độ AMH trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 1,04 ± 0,82ng/ml với mức 0,5-1,1ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,67%.

Bảng 3: Số noãn thu được của đôi tượng nghiên cứu

Số noãn chọc hút được	Số lượng	Tỷ lệ
< 5	35	58,33
≥ 5	25	41,67
Tổng số	60	100%

Nhận xét: có 35 bệnh nhân chọc hút được dưới 5 noãn chiếm 58,33%.

Bảng 4: Phân loại số noãn chọc hút được của đôi tượng nghiên cứu

Phân loại	X	SD
Số noãn thu được	5,10	2,27
Số noãn MII	4,23	1,89
Số noãn MI	0,47	0,91
Số noãn GV	0,08	0,33
Số noãn thoái hóa	0,32	0,65

Nhận xét: Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89.

Bảng 5: Tỷ lệ có thai của đôi tượng nghiên cứu

Kết quả	Số lượng	Ti lệ %
Tỷ lệ hủy chu kỳ	1/60	1,67
Tỷ lệ chu kỳ có phôi chuyển	59/60	98,33
hCG dương tính	8/59	13,56
Thai lâm sàng	6/59	10,17
Thai tiến triển	5/59	8,47

Thai lưu	1/6	16,67
Thai sinh hóa	2/59	3,39
Đa thai	0/6	0

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 1 bệnh nhân hủy chu kỳ, chiếm tỷ lệ 1,67%. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chúng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

Tuổi là một trong những yếu tố đánh giá dự trữ của buồng trứng, nhưng tuổi không phải là nguyên nhân gây vô sinh bởi vì tuổi thể hiện tình trạng sinh lý hơn là tình trạng bệnh lý³. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,78 ± 4,95. Kết quả này tương tự với tác giả Kim và cộng sự (2014)⁴, Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017) nghiên cứu về hiệu quả của testosterone dạng gel đối với bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng cho thấy nhóm dùng testosterone có tuổi trung bình là 38,70 ± 3,42⁵.

Chỉ số BMI không cho phép đánh giá dự trữ buồng trứng nhưng là một chỉ số khá quan trọng trong việc quyết định liều FSH ban đầu và tiên lượng đáp ứng của buồng trứng cùng với các yếu tố như tuổi, số nang thứ cấp hay Anti Mullerian Hormon. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng BMI tăng sẽ phải dùng liều FSH cao lên, tăng số ngày kích thích buồng trứng, số noãn thu được ít hơn và là thông số có giá trị để dự báo số nang noãn ≥ 14mm ngày tiêm hCG⁶.

Thời gian vô sinh của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi như sau: 53,30% bệnh nhân có thời gian vô sinh ≤ 5 năm và 65,00% bệnh nhân có thời gian vô sinh > 5 năm. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hà (2017), tại Bệnh viện phụ sản trung ương.

Số chu kỳ IVF đã thực hiện: kết quả ở bảng 1 cho thấy chủ yếu bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm lần đầu, chiếm 83,33%, tỷ lệ bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm từ lần thứ 2 là 8,33%. Đặc biệt có 3,33% bệnh nhân làm thụ tinh ống nghiệm lần thứ 3. Kết quả này tương tự như tác giả Nguyễn Việt Hà⁷ ở Bệnh viện phụ sản trung ương. Như vậy ở những bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân thực hiện IVF nhiều lần, nguyên nhân có thể do tiền sử đáp ứng kém với kích thích buồng trứng hoặc giảm

dự trữ buồng trứng làm chu kỳ IVF của bệnh nhân bị hủy hoặc không có thai.

***Đặc điểm về các chỉ số xét nghiệm và siêu âm ngày đầu chu kỳ kinh:** Các xét nghiệm định lượng nội tiết và siêu âm đầu chu kỳ kinh có vai trò rất quan trọng trong việc đánh giá dự trữ buồng trứng của người phụ nữ. Từ đó góp phần tiên lượng liều FSH cần sử dụng kích thích buồng trứng. Kết quả định lượng nội tiết AMH, FSH, LH, E2, và siêu âm đếm nang AFC của 3 nhóm nghiên cứu được tổng hợp và thể hiện ở các bảng 2. Trong đó nồng độ AMH trung bình của các đối tượng nghiên cứu thấp $1,08 \pm 0,82\text{ng/ml}$.

Số nang thứ cấp trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi là $5,57 \pm 1,48$. Số nang thứ cấp trung bình của nhóm sử dụng testosterone trong nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017) có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, số nang thứ cấp trung bình là $5,6 \pm 2,9$ với $p > 0,05^5$. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự (2014) nhóm bệnh nhân đáp ứng kém sử dụng testosterone 4 tuần có số nang thứ cấp trung bình là $4,8 \pm 1,0^4$. Như vậy số nang thứ cấp đầu chu kỳ kinh đều khá thấp ở những bệnh nhân đáp ứng kém.

4.2. Số noãn chọc hút được và tỷ lệ có thai

Số noãn chọc hút được: Một trong những mục đích của KBTB là tăng số noãn thu được. Chỉ định tiêm thuốc hCG gây trưởng thành noãn khi có ít nhất 2 nang kích thước ≥ 18 mm hoặc có 3 nang ≥ 17 mm. Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $5,10 \pm 2,27$ (bảng 4). Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với $4,23 \pm 1,89$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Balasch và cộng sự (2006) với số noãn thu được là $5,8 \pm 0,4$ noãn. Kim và cộng sự (2011) khi nghiên cứu các trường hợp đáp ứng kém, với số noãn thu được ở nhóm bệnh nhân là $3,8 \pm 1,4$ noãn⁴.

Theo bảng 4, số noãn MII trung bình của đối tượng nghiên cứu là $4,23 \pm 1,89$ noãn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Balasch và cộng sự (2006), kết quả số noãn MII thu được $4,6 \pm 0,4$ noãn [137]. Kim và cộng sự (2014) cũng thu được kết quả số noãn MII là $3,2 \pm 1,2^4$.

Kết quả có thai:

Hủy chu kỳ, bảng 5 cho thấy có 1 bệnh nhân bệnh nhân (1,67%) phải hủy chu kỳ. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng (2017) nhóm chúng có 3 trường hợp (5,5%)⁵. Kim và cộng sự (2014), kết quả nghiên cứu cho thấy có 3 bệnh

nhân ở nhóm chúng (10%) hủy chu kỳ⁴. Sự khác biệt này là do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa các nghiên cứu.

hCG dương tính được xác định khi xét nghiệm có nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 25$ IU/l vào ngày thứ 14 sau khi chuyển phôi. Theo bảng 5 tỷ lệ có hCG dương tính là 13,56%, tương đồng với kết quả của Kim và cộng sự (2011).

Thai lâm sàng được xác định là những trường hợp có túi thai trong buồng tử cung trên siêu âm đầu dò âm đạo sau chuyển phôi 4 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 6 trường hợp (10,17%). Kết quả có thai lâm sàng của chúng tôi tương đương với Kim và cộng sự (2014) có 3/30 trường hợp (10,0%)⁴. Sự tương đồng này có thể được lý giải là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu giống nhau đều là tiêu chuẩn Bologna (2011).

Thai tiền triển được xác định là những trường hợp có thai phát triển trong buồng tử cung sau 12 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (8,47%).

Thai sinh hóa được xác định là các trường hợp có nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 25\text{IU/L}$ sau chuyển phôi 14 ngày nhưng sau đó không phát triển thành thai lâm sàng và nồng độ βhCG giảm dần. Bảng 5 cho thấy tỷ lệ thai sinh hóa ở nhóm chúng là 3,39%. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017)⁵, tỷ lệ thai sinh hóa ở nhóm chúng là 9,6%. Sự khác biệt về kết quả thai sinh hóa giữa các nghiên cứu có thể là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân khác nhau.

Thai lưu được xác định bằng siêu âm khi có túi thai nhưng không có hoạt động của tim thai ở tuổi thai 8 tuần hoặc đã có hoạt động của tim thai sau đó không còn hoạt động của tim thai nữa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai lưu là 16,67% (bảng 5).

Đa thai được xác định khi có từ 2 túi thai trở lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đa thai ở nhóm sử dụng testosterone 4 tuần là 10,53%, ở nhóm sử dụng testosterone 6 tuần là 6,67%, ở nhóm chúng không có trường hợp đa thai nào (bảng 5). Kết quả nghiên cứu của Kim và cộng sự (2014) cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đa thai là 0% ở nhóm chúng.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

- Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi với tuổi trung bình $36,78 \pm 4,95$ năm và thời gian vô sinh khá dài

5,00 ± 2,87 năm.

- Các bệnh nhân đáp ứng kém kích thích buồng trứng thể hiện các chỉ số AMH trung bình thấp 1,04 ± 0,82 ng/ml và số nang thứ cấp ít 5,57 ± 1,48 nang.

2. Số noãn chọc hút được và tỷ lệ có thai

- Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89.

- Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chúng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeve YB, Bhandari HM.** Effective treatment protocol for poor ovarian response: A systematic review and meta-analysis. *J Hum Reprod Sci.* 2016;9(2):70-81. doi:10.4103/0974-1208.183515
2. **Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BCJM, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L.** ESHRE consensus on the definition of "poor response" to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Human Reproduction.* 2011; 26(7):1616-1624. doi:10.1093/humrep/der092

3. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng.** Nội tiết sinh sản nữ: cơ chế tác động và điều hòa. In: *Nội Tiết Sinh Sản.*; 2011:27-34.
4. **Kim CH, Ahn JW, Moon JW, Kim SH, Chae HD, Kang BM.** Ovarian Features after 2 Weeks, 3 Weeks and 4 Weeks Transdermal Testosterone Gel Treatment and Their Associated Effect on IVF Outcomes in Poor Responders. *Dev Reprod.* 2014; 18(3):145-152. doi:10.12717/DR.2014.18.3.145
5. **Doan HT, Quan LH, Nguyen TT.** The effectiveness of transdermal testosterone gel 1% (androgel) for poor responders undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology.* 2017; 33(12):977-979. doi:10.1080/09513590.2017.1332586
6. **Vương Thị Ngọc Lan.** Kích thích buồng trứng và các tác động lên kết quả kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. In: *Thụ Tinh Trong Ống Nghiệm.* NXB Giáo Dục Việt Nam; 2011:343-372.
7. **Nguyễn Việt Hà.** Hiệu quả của testosterone dạng gel trên các bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm giảm dự trữ buồng trứng. *Trường Đại học Y Hà Nội;* 2017.
8. **Balasz J, Fábregues F, Peñarrubia J, et al.** Pretreatment with transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in poor-responder IVF patients with normal basal concentrations of FSH. *Human Reproduction.* 2006;21(7):1884-1893. doi:10.1093/humrep/del052

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2021

Trần Anh Quân¹, Nguyễn Thị Tuyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021 và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu sử dụng bệnh án để thu thập các thông tin trước, trong phẫu thuật và các xét nghiệm của người bệnh. Quan sát và sử dụng bảng kiểm để đánh giá quy trình chăm sóc vết mổ của điều dưỡng. Quan sát đánh giá diễn biến vết mổ trong mỗi lần thay băng cho tới khi xuất viện, kết quả được ghi chép đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà nội năm 2021 là (1,7%). Có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ: Người bệnh

có chỉ số đường huyết cao từ 8 mmol/l có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 5 lần so với nhóm người bệnh có chỉ số đường huyết < 8 mmol/l. Người bệnh có Loại ASA >= III Nguy cơ NKVM nhiều gấp gần 7 lần so với nhóm ASA < III (p =0,001) . Người bệnh có chỉ số SENIC từ 2 trở lên có nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 6 lần; sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Người già thiếu dinh dưỡng có xu hướng nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn nhóm người bệnh có chỉ số khối cơ thể bình thường hoặc thừa cân béo phì, sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Xanh Pôn năm 2021 thấp (1,7%). Có nhiều yếu tố liên quan làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật tiêu hóa như: người bệnh có chỉ số đường huyết cao, có ASA cao, chỉ số SENIC cao, người già thiếu cân.

Từ khóa: Phẫu thuật tiêu hóa, nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

SITUATION OF SURGICAL SITE INFECTION AFTER GASTROINTESTINAL SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2021

¹Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quân

Email: anhquanxp81@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 24.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022