

KẾT QUẢ CHUYỂN HAI VÀ BA PHÔI TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA

Bùi Bảo Lâm*, Nguyễn Việt Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong thụ tinh ống nghiệm, phương pháp chuyển nhiều phôi một lần làm tăng tỷ lệ đa thai. Đa thai có tỷ lệ kết cục xấu của mẹ và thai nhi. Nhằm hạn chế rủi ro này, đề tài nghiên cứu nhằm chọn lựa phương pháp chuyển số phôi phù hợp nhất, cập nhật theo sự phát triển ở các nước tiên tiến với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả thai nghén của những phụ nữ dưới 35 tuổi được thụ tinh trong ống nghiệm chuyển phôi 2 và 3 phôi nhằm lựa chọn chuyển phôi an toàn, hiệu quả".
Đối tượng và phương pháp: 495 trường hợp (250 chuyển 02 phôi và 245 chuyển 03 phôi) đủ các tiêu chuẩn. Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả kích thích buồng trứng, kết quả chuyển phôi, kết cục thai nghén.
Kết quả: Tỷ lệ có thai sinh sống của nhóm chuyển 2 phôi là 35,2% và nhóm chuyển 3 phôi là 41,2%. Tỷ lệ đa thai của nhóm chuyển 2 phôi là 6% và nhóm chuyển 3 phôi là 17,1%. Chuyển 3 phôi làm tăng gấp 3,24 lần nguy cơ đa thai, gấp 2 lần nguy cơ đẻ non so với chuyển 2 phôi.
Kết luận: Lựa chọn chuyển 2 phôi có hiệu quả và an toàn hơn chuyển 3 phôi.

Từ khóa: Thụ tinh ống nghiệm (TTTON), chuyển phôi, đa thai, đẻ non.

SUMMARY

RESULTS OF TRANSFERRING 2 EMBRYOS AND 3 EMBRYOS AT NATIONAL IVF CENTER

Background: In cycles of in vitro fertilization, transferring multiple embryo transfer may increase the risk of multiple gestations which can lead to several complications for both mother and child. In order to reduce the risk, we wanted to study whether increasing the number of embryos transferred would significantly boost the live birth rate of the patients. This article aims to describe the clinical characteristics, IVF's result and pregnancy rates of the women under 35 years old in fresh cycles, who underwent 2 and 3 embryos transfer. **Subjects and methods:** 495 cases (250 cases who transferred 2 embryos and 245 cases who transferred 3 embryos). We study patient's characteristic, blood test, IVF's result and pregnancy outcome. **Results:** the live birth rate of group with 2 and 3 embryos transfer was 35,2 % and 41.2%, relatively ($p = 0.17$). The multiple gestation rate of 3 embryos transfer's group is significantly higher than the group which transfer 2 embryos (17,1% and 6%, $p = 0.0001$). Transferring 3 embryos increase both

the risk of multiple gestation and the risk of premature birth than transferring 2 embryos. **Results:** Transferring 2 embryos is safer than 3 embryos with the same pregnancy outcome.

Keywords: In vitro fertilization (IVF), multiple gestations, premature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ thành công của các trung tâm thụ tinh ống nghiệm hàng đầu trên thế giới hiện nay vào khoảng 40%[1]. Một trong những lý do đạt được tỷ lệ này là do chuyển nhiều phôi trong một lần chuyển. Phương pháp này làm tăng tỷ lệ đa thai và dẫn tới các kết cục xấu của mẹ và thai.

Để hạn chế vấn đề này, trên thế giới hiện nay đang dần thay đổi từ chuyển nhiều phôi sang chuyển 1 hoặc 2 phôi trong 1 chu kỳ. Do tỷ lệ thành công của việc chuyển từ 1 tới 2 phôi mỗi chu kỳ không có sự khác biệt nhiều so với chuyển 3 phôi mỗi chu kỳ [2] nên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả thai nghén của những phụ nữ dưới 35 tuổi được thụ tinh trong ống nghiệm chuyển phôi 2 và 3 phôi nhằm lựa chọn chuyển phôi an toàn hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Có 495 trường hợp (250 chuyển 02 phôi và 245 chuyển 3 phôi) đủ các tiêu chuẩn:

Nữ được TTTON tuổi < 35. Các phôi chuyển là phôi ngày 3, tươi (có ít nhất 1 phôi chất lượng tốt). Loại các trường hợp: mang thai hộ, xin noãn, phôi đông lạnh, chuyển phôi không phải ngày 3. Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chuyển phôi và kết cục thai nghén.

2.2. Các biến số nghiên cứu

Bao gồm: Tuổi tại thời điểm kích thích buồng trứng, BMI, thời gian và loại vô sinh... Các xét nghiệm FSH, LH, Estradiol ngày 3 kỳ kinh, số lượng nang thứ cấp ngày 2 kỳ kinh... Tinh dịch đồ. Các chỉ số chu kỳ TTTON. Về kết quả thai nghén, đa thai, sinh non, tỷ lệ thai sinh sống...

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo chương trình SPSS 20.0, test "Khi" bình phương (χ^2), T-Student test. Phân tích hồi quy nhị phân Binary Logistic để tính mối tương quan giữa tỷ lệ có thai lâm sàng, tỷ lệ thai sinh sống, tỷ lệ đa thai và tỷ lệ sinh non với số phôi chuyển. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Bảo Lâm

Email: buibaolam1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/1/2021

Ngày duyệt bài: 23/2/2021

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm và yếu tố liên quan vô sinh nữ. Vô sinh nguyên phát (48,7%), thứ phát 254 (51,3%). Tuổi trung bình nhóm chuyển 2 phôi là 29,26 + 3,4, nhóm chuyển 3 phôi là 29,22 + 3,5 năm ($p = 0,88$). Thời gian vô sinh trung bình nhóm chuyển 2 phôi là 4,17 + 2,5 và nhóm 3 phôi là 4,39 + 2,8 với ($p = 0,37$). Chỉ số BMI trung bình của các đối tượng là 19,8 + 2,4 điểm trong giới hạn bình thường. Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung là thường gặp nhất với 204/495 trường hợp (41,2%). Tinh trùng bất thường ít gặp nhất với 37/495 (7,5%) và 4,5% ở nhóm chuyển 3 phôi so với 10,4% nhóm chuyển 2 phôi. Rối loạn phóng noãn gặp 9% ở nhóm chuyển 3 phôi và 13,2% ở nhóm 2 phôi. Các nguyên nhân khác có 14,2% ở nhóm chuyển 3 phôi so với 4,8% nhóm chuyển 2 phôi. Không xác định được nguyên nhân ở nhóm chuyển 3 phôi và chuyển 2 phôi lần lượt là 39,2% và 22,4%. Có 454/495 trường hợp kích thích buồng trứng lần đầu (91,7%). Ở cả hai nhóm kết quả về nồng độ FSH, LH, Estradiol trung bình khi kích thích buồng trứng trong giới hạn bình thường. Số nang thứ cấp trung bình của nhóm chuyển 2 phôi là 11,28 + 4,91 nang, của nhóm chuyển 3 phôi là 10,63 + 5,14 nang với ($p = 0,15$). Nồng độ AMH trung bình của nhóm chuyển 2 phôi là 3,86 + 2,84ng/ml, cao hơn nhóm 3 phôi là 3,38 + 2,1ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

= 0,03.

Về tổng liều FSH trung bình là 2190,35 + 827,05 IU (nhóm 2 phôi dùng nhiều hơn nhóm 3 phôi) với $p = 0,6$. Số noãn thu được sau chọc hút là 9,98 + 4,36 noãn (ít nhất là 02 noãn/bệnh nhân, nhiều nhất là 25 noãn). Số noãn M II thu được là 8,26 + 4 noãn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số noãn MII trung bình giữa 2 nhóm chuyển 2 phôi và 3 phôi. Số phôi trung bình thu được ở nhóm 2 phôi là 6,46 + 3,98 phôi, ít hơn nhóm 3 phôi có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Tỷ lệ thụ tinh trung bình nhóm 3 phôi là 86,17 + 15%, cao hơn nhóm 2 phôi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Dày niêm mạc tử cung là 11,27 + 2mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm chuyển 2 và 3 phôi. Nồng độ Progesterone ngày tiêm hCG nhóm chuyển 2 phôi là 2,1 + 1,2nmol/L; nhóm chuyển 3 phôi là 2,4 + 0,9nmol/L. Nồng độ Progesterone trung bình nhóm 2 phôi thấp hơn nhóm 3 phôi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

3.2. Kết quả có thai

3.2.1. Kết quả có thai theo số phôi chuyển. Có tổng cộng 1235 phôi được chuyển. Số túi thai quan sát được là 253 túi thai. Tỷ lệ làm tổ trung bình là 18,96 + 27,7%, ở nhóm chuyển 2 phôi là 16,2 + 29,1%, ở nhóm chuyển 3 phôi là 21,8 + 25,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$ (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Kết quả có thai theo số phôi chuyển

Chỉ số	Số phôi chuyển		Nhóm chuyển 2 phôi (N=250)		Nhóm chuyển 3 phôi (N=245)		Tổng (p)
	%	n	%	n	%	n	
Tỷ lệ có beta hCG sau chuyển phôi	39,6%	(99/250)	53,5%	(131/245)	0,001		
Tỷ lệ có thai lâm sàng	38%	(95/250)	49%	(120/245)	0,014		
Tỷ lệ đa thai	6%	(15/250)	17,1%	(42/245)	0,0001		
Tỷ lệ sảy thai	0,4%	(1/250)	1,2%	(3/245)	0,3		
Tỷ lệ thai ngoài tử cung	0%	(0/250)	3,5%	(7/245)	0,2		
Tỷ lệ thai lưu	2,8%	(7/250)	9,4%	(23/245)	0,002		
Tỷ lệ sinh non	5,6%	(14/250)	11,02%	(27/245)	0,0001		
Tỷ lệ thai sinh sống	35,2%	(88/250)	41,22%	(101/245)	0,168		
Tỷ lệ làm tổ trung bình	16,2 + 29,1		21,8 + 25,9		0,025		

Tỷ lệ BN có beta hCG sau chuyển phôi của nhóm chuyển 2 phôi là 39,6%, của nhóm 3 phôi là 53,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 9,6$ và $p = 0,001$). Tỷ lệ có thai lâm sàng của nhóm chuyển 2 phôi là 38%, của nhóm 3 phôi là 49%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 6,1$ và $p = 0,014$). Tỷ lệ đa thai của nhóm chuyển 3 phôi cao hơn nhóm chuyển 2 phôi (17,1% và 6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 15$ và $p = 0,0001$). Có 1/250 trường hợp sảy thai trong

nhóm chuyển 2 phôi và 3/245 ở nhóm chuyển 3 phôi. Tỷ lệ sảy thai là 0,8%. Không có trường hợp chữa ngoài tử cung nào trong nhóm chuyển 02 phôi. Có 07 trường hợp chữa ngoài tử cung trong nhóm chuyển 03 phôi. Tỷ lệ thai ngoài tử cung là 1,4%. Tỷ lệ thai lưu ở nhóm chuyển 2 phôi là 2,8% (7/250 trường hợp), thấp hơn nhóm chuyển 3 phôi (9,4%, 23/245 trường hợp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 9,4$ và $p = 0,002$). Tỷ lệ sinh non là 7,7%. Tỷ lệ sinh

non ở nhóm chuyển 3 phôi (11,02%, 24/245 trường hợp) cao hơn so với nhóm chuyển 2 phôi (5,6%, 14/250 trường hợp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 4,7$ và $p = 0,03$. Tỷ lệ thai sinh sống là 38,2%. Tỷ lệ thai sinh sống của nhóm chuyển 2 phôi là 35,2%. Tỷ lệ thai sinh sống của nhóm chuyển 3 phôi là 41,22%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai sinh sống giữa 2 nhóm.

3.2.2. Đánh giá môi trường quan giữa kết quả có thai và số phôi chuyển. Tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng khả năng có beta hCG sau chuyển phôi lên 1,75 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. Khả năng dự đoán chính xác là 53,5%. Tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng khả năng có thai lâm sàng lên 1,56 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Với khả năng dự đoán chính xác là 56,6%. Tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng khả năng có thai lâm sàng lên 1,3 lần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,168$. Khả năng dự đoán chính xác là 61,8%. Tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng nguy cơ đa thai lên 3,2 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$. Khả năng dự đoán chính xác là 88,5%. Tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng nguy cơ sinh non lên 2 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. Khả năng dự đoán chính xác là 91,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm và một số chỉ số liên quan ở vô sinh nữ dưới 35 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vô sinh nguyên phát chiếm 48,7%, thứ phát chiếm 51,3%. Tuổi trung bình, thời gian vô sinh, Chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu, kết quả của nghiên cứu tương đồng hoặc không khác biệt nhiều với các tác giả trên thế giới như Masschaele và cộng sự (2012) [2,3], Martikainen [4], Ashrafi và cộng sự (2015)[3]. Về nguyên nhân vô sinh thường gặp là vòi tử cung với 204/495 (41,2%. Ít gặp nhất là bất thường tinh trùng với 37/495 (7,5%). Vô sinh không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ tương đối cao (30,7%). Đối chiếu với các nghiên cứu của Martikainen và cộng sự (2001) [4], Ashrafi (2015) [3]. thấy tỷ lệ này cao (30,7%) so với 7,8% (Martikainen) và 15% (Ashrafi). Tại Việt Nam, tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung ở nước ta còn chiếm tỷ lệ cao (41,2%).

Về nồng độ FSH, LH và Estradiol xét nghiệm vào ngày thứ 3 của chu kỳ kinh ở nhóm chuyển 2 phôi và 3 phôi không có sự khác biệt có ý

nghĩa. Định lượng AMH, nồng độ AMH thường không bị dao động trong chu kỳ kinh nguyệt nên độ chính xác cao hơn và tin cậy hơn các chỉ số FSH, LH, Estradiol. Giá trị bình thường của AMH là từ 2 – 6,8ng/ml. Nghiên cứu này, nồng độ AMH trung bình của nhóm chuyển 2 phôi là 3,86 + 2,84 ng/ml và nhóm chuyển 3 phôi là 3,38 + 2,1 ng/ml đều trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên nồng độ AMH trung bình của của nhóm chuyển 2 phôi lớn hơn nhóm chuyển 3 phôi, sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,03$. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Vương Thị Ngọc Lan (2016) là 3,09+2,52ng/ml và thấp hơn của Malek Mansour Aghssa và cộng sự (2015) là 4,2 + 2,3 ng/ml[5,8].

Tổng số nang thứ cấp trung bình trong nhóm chuyển 2 phôi là 11,28 + 4,91 nang, của nhóm chuyển 3 phôi là 10,63 + 5,14 nang. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,15$). Số nang thứ cấp trung bình trong nghiên cứu thấp hơn của Jayaprakasan (2012) và Agarwal (2014).

Tổng liều FSH ở nhóm 2 phôi nhiều hơn ở nhóm 3 phôi (2208,6 + 890,5 UI so với 2171,7 + 758,2 UI). Có sự khác biệt về AMH có ý nghĩa giữa 2 nhóm chuyển 2 và 3 phôi nhưng đa số chỉ số AMH của bệnh nhân trong giới hạn bình thường (60%) nên ít ảnh hưởng tới tổng liều FSH. Tổng liều FSH sử dụng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm chuyển 2 và 3 phôi.

Tổng số noãn thu được là 4939 noãn. Trong đó nhóm chuyển 2 phôi là 2593 noãn (52,5%), nhóm chuyển 3 phôi là 2346 noãn (47,5%).

Số noãn trung bình thu được là 9,98 + 4,36 noãn. Bệnh nhân có số noãn ít nhất là 02 (AMH: 0,2 ng/ml), nhiều nhất là 25 noãn (AMH: 15 ng/ml). Số noãn trung bình của nhóm chuyển 2 phôi nhiều hơn so với nhóm chuyển 3 phôi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$).

Tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia, giai đoạn 2015-2019, đa số các trường hợp được chuyển 3 phôi. Chuyển 2 phôi thường là do nhu cầu và nguyện vọng hoặc đối tượng có nhiều phôi tốt. Sunkara (2011)[6] nghiên cứu phân tích gộp 400.135 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm cho thấy số nang trung bình là 8 nang thì tỷ lệ thai sinh sống dao động từ 11%-34%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai sinh sống là 38,2% phù hợp với kết quả nghiên cứu trên. Số noãn MII trung bình của nhóm chuyển 02 phôi là 8,18 + 4,8 noãn. Số noãn MII trung bình của nhóm chuyển 3 phôi là 8,33 + 3,0 noãn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số noãn MII thu được giữa nhóm chuyển 2 phôi và

3 phôi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Ashrafi và đồng nghiệp (2015) [3].

Nghiên cứu này có tỷ lệ thụ tinh đạt 81,9%. Tỷ lệ thụ tinh trung bình của nhóm chuyển 2 phôi là 80,2 + 18%, của nhóm chuyển 3 phôi là 86,17 + 15%. Tỷ lệ thụ tinh trung bình của nhóm chuyển 3 phôi cao hơn nhóm 2 phôi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Theo Ashrafi và cộng sự (2015), tỷ lệ thụ tinh của

nhóm chuyển 2 phôi là 61,5+30,5 và nhóm chuyển 3 phôi là 61,2 + 35,0 [3]; thấp hơn của chúng tôi.

4.2. Kết quả có thai. Tỷ lệ làm tổ của chúng tôi là 253 túi thai, nhóm chuyển 2 phôi là 16,2 + 29,1%, nhóm chuyển 3 phôi là 21,8 + 25,9%. Tỷ lệ làm tổ ở nhóm chuyển 3 phôi cao hơn nhóm chuyển 2 phôi. Sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,025$).

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ làm tổ theo số phôi chuyển giữa các nghiên cứu

Chi số	Ashrafi (2015) [3] ($p = 0,07$)		Bùi Bảo Lâm (2020) ($p = 0.025$)	
	Nhóm chuyển 2 phôi	Nhóm chuyển 3 phôi	Nhóm chuyển 2 phôi	Nhóm chuyển 3 phôi
Tỷ lệ làm tổ (%)	26,1 + 35,7	20,0 + 29,5	16,2 + 29,1	21,8 + 25,9

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ngược lại so với kết quả nghiên cứu của Ashrafi và cộng sự (2015) [3]. Sự khác biệt về kết quả giữa 2 nghiên cứu có thể nằm ở chiến lược chuyển số phôi.

4.2.1. Tỷ lệ có thai lâm sàng. Tỷ lệ có thai lâm sàng là 43,43% (của nhóm chuyển 2 phôi là 38%, nhóm chuyển 3 phôi là 49%, có sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,025$). Ngày nay trong quá trình làm thụ tinh ống nghiệm, người ta quan tâm nhiều tới tỷ lệ có thai sinh sống thay vì tỷ lệ có thai lâm sàng.

4.2.2. Tỷ lệ đa thai, tỷ lệ sinh non và tỷ lệ có thai sinh sống. Tỷ lệ đa thai nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,5%. Tỷ lệ đa thai của nhóm chuyển 2 phôi là 6% (15/250), nhóm chuyển 3 phôi là 17,1% (42/245 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa $p = 0.0001$. Việc chuyển nhiều phôi sẽ làm tăng nguy cơ đa thai đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và đề cập tới trong thời gian gần đây [2,3,4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả này.

Tỷ lệ sinh non nói chung trong nghiên cứu là 8,3%. Tỷ lệ sinh non nhóm chuyển 2 phôi là 5,6%, nhóm chuyển 3 phôi là 11,02%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,0001$). Như vậy tăng số phôi chuyển từ 2 lên 3 phôi sẽ làm tăng nguy cơ sinh non. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác trên thế giới [2,3,4].

Tỷ lệ thai sinh sống là 38,2%. Với nhóm chuyển 2 phôi là 35,2% và nhóm chuyển 3 phôi là 41,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,17$). Như vậy việc tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi không làm thay đổi tỷ lệ thai sinh sống. Một số tác giả khác trên thế giới cũng đã nghiên cứu về vấn đề này và có kết quả tương tự chúng tôi [3].

Không có chửa ngoài tử cung ở nhóm chuyển

02 phôi, có 07 trường hợp ở nhóm chuyển 03 phôi. Có 1 sảy thai (8 tuần) ở nhóm chuyển 2 phôi và 03 trường hợp ở nhóm chuyển 02 phôi (12, 15 và 16 tuần).

Tỷ lệ thai lưu nhóm chuyển 2 phôi: 2,8% (7/250 trường hợp), thấp hơn nhóm 3 phôi (9,4%, 23/245). Khác biệt có ý nghĩa với $\chi^2 = 9,4$ và $p = 0,002$.

Việc tăng số phôi chuyển từ 2 lên 3 phôi dẫn đến có thai lâm sàng tăng lên 1,56 lần với dự đoán chính xác là 56,6%. Nguy cơ đa thai tăng lên 3,24 lần với dự đoán chính xác 88,5 %. Nguy cơ sinh non cũng tăng gấp 2 lần với dự đoán chính xác 91,7%. Theo Ashrafi (2015)[3], việc chuyển 02 phôi làm tăng tỷ lệ thai sinh sống lên gấp 3,1 lần. Chúng tôi thấy rằng việc tăng số phôi chuyển từ 2 phôi lên 3 phôi làm tăng nguy cơ đa thai và sinh non. Do đó cần có sự thay đổi về quan điểm thực hành lâm sàng là giảm số lượng phôi chuyển. Các nghiên cứu trên thế giới đang tiến hành nhằm giảm số lượng phôi chuyển để làm giảm các nguy cơ do đa thai, đặc biệt là sinh non [2,3]. Mỹ, Pháp, Canada... chuyển đơn phôi có chọn lọc đã và đang áp dụng rộng rãi [4]. Theo hiệp hội Nội tiết sinh sản và Hiếm muộn Canada, Hiệp hội thực hành Sản - Phụ Khoa Canada [7,8], với những phụ nữ dưới 35 tuổi được khuyến cáo không nên chuyển quá 2 phôi.

V. KẾT LUẬN

Thời gian vô sinh hay gặp là dưới 5 năm (59,4%). Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung rất thường gặp (41,2 %). Số nang thứ cấp trung bình của nhóm chuyển 2 phôi cao hơn nhóm chuyển 3 phôi. Số noãn trung bình sau chọc hút của nhóm chuyển 2 phôi nhiều hơn nhóm chuyển 3 phôi. Nồng độ progesterone ngày tiêm hCG trung bình của nhóm chuyển 3 phôi cao hơn

nhóm chuyển 2 phôi. Nhóm chuyển 3 phôi có beta hCG sau chuyển phôi, tỷ lệ có thai lâm sàng, tỷ lệ đa thai, tỷ lệ sinh non, tỷ lệ thai lưu cao hơn nhóm chuyển 2 phôi. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thai sinh sống giữa 2 nhóm chuyển 2 và 3 phôi. Chuyển 3 phôi làm tăng gấp 3,24 lần nguy cơ đa thai, gấp 2 lần nguy cơ đẻ non so với chuyển 2 phôi. Chuyển 2 phôi là lựa chọn hợp lý, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Federation of Fertility Societies' Surveillance (IFFS) 2019:** Global Trends in Reproductive Policy and Practice, 8th Edition. Global Reproductive Health. 2019;4(1):e29-e29 .
2. **Masschaele T, Gerris J, Vandekerckhove F, De Sutter P.** Does transferring three or more embryos make sense for a well-defined population of infertility patients undergoing IVF/ICSI? Facts Views Vis Obgyn. 2012;4(1):51-58.
3. **Ashrafi M, Madani T, Movahedi M, et al.** Increasing The Number of Embryos Transferred from Two to Three, Does not Increase Pregnancy

- Rates in Good Prognosis Patients. International journal of fertility & sterility. 2015;9:292-299.
4. **Martikainen H, Group the FES, Tiitinen A, et al.** One versus two embryo transfer after IVF and ICSI: a randomized study. Hum Reprod. 2001;16(9):1900-1903.
 5. **Vương Thị Ngọc Lan.** Giá trị các xét nghiệm AMH, FSH và AFC dự đoán đáp ứng buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.2016.
 6. **Sunkara SK, Rittenberg V, Raine-Fenning N, Bhattacharya S, Zamora J, Coomarasamy A.** Association between the number of eggs and live birth in IVF treatment: an analysis of 400 135 treatment cycles. Hum Reprod. 2011;26(7):1768-1774.
 7. **Taşdemir M, Taşdemir I, Kodama H, Fukuda J, Tanaka T.** Implantation: Two instead of three embryo transfer in in-vitro fertilization. Hum Reprod. 1995;10(8):2155-2158.
 8. **Min JK, Hughes E, Young D, Joint Socg-Cfas Clinical Practice Guidelines Committee,** Reproductive Endocrinology And Infertility Committee. Elective single embryo transfer following in vitro fertilization. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(4):363-377.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU BỆNH NHÂN UNG THƯ DI CĂN XƯƠNG BẰNG XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 198-BỘ CÔNG AN

Nguyễn Thị Minh Phương*, Hoàng Thanh Tuyền*,
Nguyễn Minh Dũng*, Vi Thành Long*

TÓM TẮT

30 bệnh nhân ung thư di căn xương đau mức độ vừa hoặc nặng, được điều trị bằng thuốc giảm đau thông thường không hiệu quả. Chiếu xạ ngoài đạt hiệu quả giảm đau sau 1 tuần, giảm đau tốt sau 1 tháng, 20% hết đau hoàn toàn, 70% đáp ứng một phần, 10% bệnh không đáp ứng giảm đau. Giảm đau sau xạ trị có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nhóm 1 vị trí tổn thương, > 1 vị trí tổn thương và có tổn thương kết hợp.

Từ khóa: Ung thư di căn xương, giảm đau, xạ trị

SUMMARY

EFFECTS OF PALLIATIVE TREATMENT BY RADIATION IN CANCER PATIENTS WITH BONE METASTASES AT 198 HOSPITAL

30 patients with pain (moderate or severe) due to bone metastase were treated by conventional analgesics drug but not effective. These patients were treated by radiation bone pain relief response last 1 week good response last 1 month, 20% very good

**Bệnh viện 198, Bộ Công An*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương

Email: drminhphuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 28/1/2021

Ngày duyệt bài: 26/2/2021

response, 70% with partial response, 10% not response. Bone pain relief response in all group 1 tumor, > 1 tumors and many tumors.

Keywords: Bone cancer, analgesics, radiation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư có sự hướng ngày càng gia tăng trong những thập niên gần đây, bệnh nhiều khi không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Bệnh thường phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn, có di căn xa. Tỷ lệ ung thư di căn xương chiếm từ 30-70% số bệnh nhân tùy theo loại ung thư và giai đoạn bệnh [5]. Ung thư di căn xương không những làm giảm thời gian sống của bệnh nhân mà còn giảm chất lượng sống và gây các triệu chứng thường gặp như đau xương (xảy ra ở 2/3 bệnh nhân có di căn xương). Điều trị giảm đau có vai trò quan trọng và cần thiết, nhằm cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị giảm đau như: phẫu thuật, hóa trị, thuốc giảm đau, xạ trị... Mỗi phương pháp có tác dụng trong những trường hợp nhất định. Sử dụng thuốc giảm đau có tác dụng trong thời gian ngắn, nhiều tác dụng phụ không mong muốn, tình trạng nhờn thuốc khiến bệnh nhân phải tăng liều... Điều trị giảm đau bằng xạ trị