

tôi rút ra một số kết luận:

- Không có yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng phác đồ CAP.
- Không có yếu tố nào ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dreyfuss AI, Clark JR, Fallon BG** (1987). Cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin combination chemotherapy for advanced carcinomas of salivary gland origin. *Cancer*. 1987; 60(12): 2869.
2. **Kaplan MJ, Johns ME, Cantrell RW** (1986). Chemotherapy for salivary gland cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986;95(2):165.
3. **Licitra L, Cavina R, Grandi C** (1996). Cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide in advanced salivary gland carcinoma. A phase II trial of 22 patients. *Ann Oncol*. 1996;7(6):640.
4. **Tsukuda M, Kokatsu T, Ito K, Mochimatsu I** (1993). Chemotherapy for recurrent adeno- and adenoidcystic carcinomas in the head and neck. *J Cancer Res Clin Oncol*. 1993;119(12):756.
5. **Dimery IW, Legha SS, Shirinian M** (1990). Fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide, and cisplatin combination chemotherapy in advanced or recurrent salivary gland carcinoma. *J Clin Oncol*. 1990;8(6):1056.
6. **Venook AP, Tseng A Jr, Meyers FJ** (1987). Cisplatin, doxorubicin, and 5-fluorouracil chemotherapy for salivary gland malignancies: a pilot study of the Northern California Oncology Group. *J Clin Oncol*. 1987;5(6):951.
7. **Airoldi M, Pedani F, Brando V** (1989). Cisplatin, epirubicin and 5-fluorouracil combination chemotherapy for recurrent carcinoma of the salivary gland. *Tumori*. 1989; 75(3):252.

## VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ BẤT THƯỜNG BẨM SINH TÚI TINH

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Doãn Văn Ngọc<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Bất thường bẩm sinh túi tinh là loại bệnh lý hiếm gặp nhưng lại là nguyên nhân chủ yếu của vô sinh nam do tắc nghẽn sau tinh hoàn. Trong số các phương pháp chẩn đoán thì cộng hưởng từ (CHT) được cho là an toàn, khách quan và hiệu quả nhất để đánh giá bất thường bẩm sinh túi tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên nhóm bệnh nhân nam (BN) chậm con đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội trong khoảng thời gian từ 2017-2019 và 2020-2022, được chụp CHT 1.5 Tesla túi tinh - đường dẫn tinh theo các chuỗi xung T2W axial, coronal và sagittal độ phân giải cao, T1W FS và T2W FS 3D. **Kết quả:** Có 18 BN được chẩn đoán bất thường bẩm sinh túi tinh trong đó có 4 BN bất sản túi tinh hai bên, 3 BN bất sản túi tinh một bên đơn thuần, 2 BN bất sản túi tinh một bên và thiếu sản túi tinh bên còn lại, 6 BN thiếu sản túi tinh một bên, 1 BN nang túi tinh và 2 BN giãn túi tinh. Các bệnh nhân có bất sản và/hoặc thiếu sản túi tinh đều không có tinh trùng khi xét nghiệm tinh dịch đồ. Các bệnh nhân thiếu sản túi tinh và nang túi tinh không có bất thường bẩm sinh thận kết hợp. **Kết luận:** Cộng hưởng từ do không gây bức xạ, có độ phân giải mô mềm rất rõ nét, hình ảnh khách quan nên là phương pháp được lựa chọn hàng đầu trong chẩn đoán bất thường bẩm sinh túi tinh.

**Từ khóa:** cộng hưởng từ, túi tinh, bất thường bẩm sinh, bất sản, thiếu sản.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

#### SUMMARY

#### ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EVALUATION OF CONGENITAL ANOMALIES OF SEMINAL VESICAL

**Purpose:** Congenital anomalies of seminal vesicle (SV) are rare but this entity is the most common cause of post- testicular obstruction of male infertility. Among the diagnosis modalities, magnetic resonance imaging (MRI) is considered as safe, objective and most efficacy in the evaluation of congenital anomalies of SV. **Material and method:** Descriptive study in the male patient group who were suspected male infertility in Hanoi Medical University Hospital from 2017 to 2019 and from 2020 to 2022, underwent a seminal vesical MRI 1.5 Tesla with high- resolution T2W sagittal, coronal, axial, 3D T2WFS and T1WFS. **Results:** Eighteen (18) patients were diagnosed as congenital anomalies of seminal vesicle in this study. Among them, 4 patients with bilateral agenesis, 3 patients with unilateral agenesis only, 2 patients with unilateral agenesis and contralateral hypoplasia, 6 patients with unilateral hypoplasia, 1 patient with bilateral SV cyst, 2 patients with SV dilatation. All patients with SV agenesis and/or hypoplasia were azospermia in the sperm count. The patients with SV hypoplasia and/or cyst were not associated with renal agenesis or hypoplasia. **Conclusion:** Because of non radiation, excellent soft tissue resolution, objective viewing and reporting, magnetic resonance imaging is the modality of choice to evaluate the congenital anomalies of seminal vesical.

**Keywords:** magnetic resonance imaging, congenital anomalies, seminal vesical, agenesis, hypoplasia.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi tinh là một bộ phận thuộc cơ quan sinh dục nam, có chức năng lưu trữ tinh trùng và bài tiết ra tinh dịch. Bất thường bẩm sinh túi tinh là nguyên nhân hay gặp của vô sinh nam do tắc nghẽn và có thể kết hợp với các triệu chứng tiết niệu sinh dục khác như xuất tinh ra máu, bất sản thận [5].

Bất thường bẩm sinh túi tinh được chia thành 3 loại chính: bất sản, thiếu sản và nang túi tinh. Sự bất sản, thiếu sản túi tinh hai bên là do sự bất thường xảy ra trước tuần thứ 7 của thai kỳ, khi niệu phát triển từ ống trung thận, và nó thường được kết hợp với bất sản thận hoặc bất thường tiết niệu -sinh dục khác.

Có nhiều phương pháp chẩn đoán bất thường bẩm sinh túi tinh như siêu âm, chụp CLVT... Cộng hưởng từ do có độ phân giải mô mềm cao, không gây bức xạ ion hóa, cho phép đánh giá đường dẫn tinh đoạn trong tiểu khung và túi tinh một cách khách quan, không xâm lấn và chính xác nên được lựa chọn là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất đánh giá bất thường bẩm sinh túi tinh [1].

Trên cộng hưởng từ, túi tinh biểu hiện bằng cấu trúc hình túi bên trong có các vách ngăn mỏng chia thành các lô thùy nhỏ, nằm phía sau bàng quang và trên tuyến tiền liệt. Túi tinh chứa tinh dịch nên tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W [1,2].

Bất sản túi tinh được chẩn đoán khi không thấy hình ảnh túi tinh tại vị trí của nó. Có thể bất sản túi tinh ở một hoặc cả hai bên, tỷ lệ bất sản túi tinh một bên là 0.6-1%, trong khi tỷ lệ bất sản túi tinh hai bên không rõ ràng [8]. Một số trường hợp bất sản túi tinh có thể còn thấy di tích biểu hiện bằng dải xơ tại vị trí của nó.

Thiếu sản túi tinh là sự kém phát triển bẩm sinh của túi tinh, được định nghĩa là kích thước tối đa nhỏ hơn 50% so với bình thường, hoặc nhỏ hơn 5mm [5]. Mặt khác khi đường kính túi tinh tối đa lớn hơn 50% hoặc lớn hơn 15mm được coi là giãn túi tinh.

Nang túi tinh bẩm sinh thường phát hiện tình cờ trong độ tuổi khoảng 20-30 tuổi, nhưng cũng có thể gây ra các triệu chứng như tiểu máu, xuất tinh máu, vô sinh, hay nhiễm trùng tiết niệu, cũng có thể kết hợp với những bất thường thận [7]. Trên CHT, tại vị trí nang, túi tinh mất cấu trúc lô thùy, tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W giống như túi tinh. Xuất huyết hoặc ứ đọng protein trong túi tinh có thể thấy tăng tín hiệu trên T1W.

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt nam chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về vai trò của

cộng hưởng từ trong chẩn đoán các bất thường bẩm sinh của túi tinh. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên nhóm bệnh nhân đến khám vì lý do chủ yếu là vô sinh nam.

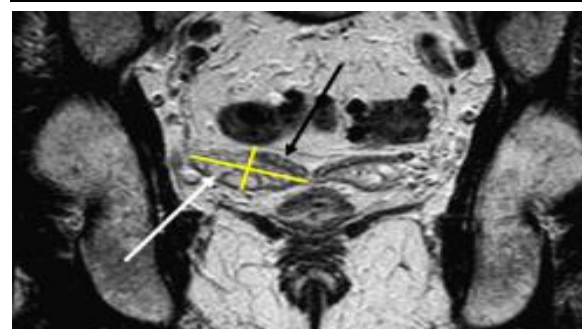
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đến khám vì lý do chậm sinh, vô sinh nam được chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt - túi tinh tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp Điện Quang, Bệnh viện Đại Học Y Hà nội trong 2 giai đoạn từ 5/2018 đến 9/2019 và từ tháng 9/2020 đến tháng 10/2022 (giữa 2 giai đoạn này do thay đổi hệ thống PACS nên không lưu trữ được bệnh nhân)

Máy CHT General Electric (GE) HDx 1.5 Tesla với cuộn thu nhận tín hiệu (coil) cardiac với quy trình và thông số chụp tóm tắt như sau:

- Bệnh nhân không xuất tinh tối thiểu 3 ngày trước đó
- Làm sạch trực tràng trước khi chụp và nhịn tiểu vừa phải
- Trung tâm coil ngang mức bờ dưới xương mu
- Lấy băng dính dán và kéo dương vật và bìu lên trên.
- Thông số các chuỗi xung:

Chuỗi xung	FOV (cm)	Bề dày lớp cắt (mm)	Ma trận
T2W sagittal	25-28	2	256x192
T2W Coronal	25-28	2	256x192
T2W Axial	25-28	2	256x192
T2W Axial Fatsat	25-28	2	256x192
T1W coronal 3D Fatsat	25-28	2	256x192



**Hình 1: Hình ảnh túi tinh bình thường và đo kích thước túi tinh trên chuỗi xung T2W coronal, chiều dài và chiều rộng túi tinh với giới hạn ngoài lớn nhất**

Các hình ảnh không đảm bảo chất lượng để đánh giá, chụp không đúng quy trình sẽ loại ra khỏi nghiên cứu.

Các biến số về tuổi, lý do khám bệnh, bất sản/thiếu sản túi tinh một bên hoặc hai bên, nang túi tinh được thu nhập và xử lý số liệu bằng

phần mềm SPSS 20.0.

Thông tin hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 2 giai đoạn từ 5/2018 đến 9/2019 và từ tháng 9/2020 đến tháng 10/2022 chúng tôi thu nhận được 18 bệnh nhân.

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân là 26,8 +/- 4.2. Tuổi cao nhất là 34 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi, độ tuổi gặp chủ yếu là từ 18-30 tuổi. Không có đối tượng thuộc lứa tuổi dưới 18 vì độ tuổi này thường là tuổi vị thành niên, chưa lập gia đình nên đa số là chưa phát hiện hoặc không phát hiện bệnh lý nếu có. Độ tuổi 18 – 30 là độ tuổi trong độ tuổi sinh sản, bệnh nhân có thể đi khám tiền hôn nhân, hoặc đi khám vì lí do chậm con sau kết hôn, Vì vậy chủ yếu nhóm đối tượng của chúng tôi nằm trong độ tuổi từ 18 đến trên 30 tuổi.

Về lý do đến khám, hầu hết các bệnh nhân (15/18 bệnh nhân) đến khám do chậm con, số ít còn lại (3/18 bệnh nhân) đến khám kiểm tra sức khỏe sinh sản và siêu âm phát hiện thấy nang tú tinh.

Đặc điểm bất thường bẩm sinh tú tinh trên CHT được tóm tắt trong bảng 1

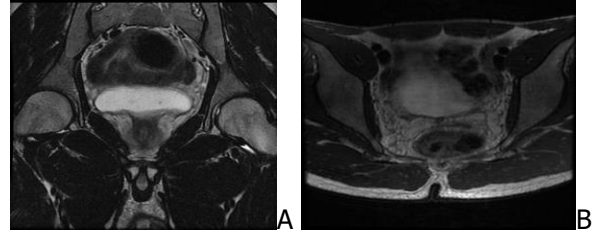
**Bảng 1: Đặc điểm về bất thường bẩm sinh tú tinh trên cộng hưởng từ**

Bất thường bẩm sinh (n= 18)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Bất sản tú tinh hai bên	4	22,2
Bất sản tú tinh một bên đơn thuần	3	22,3
Bất sản tú tinh một bên/Thiếu sản tú tinh bên còn lại	2	0,5
Thiếu sản tú tinh một bên	6	33,3
Nang tú tinh	1	0,5
Giãn tú tinh	2	
<b>Tổng</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Trong tổng số 18 bệnh nhân bất thường bẩm sinh tú tinh, có 4 bệnh nhân bất sản tú tinh hai bên chiếm 22,2%; có 3 bệnh nhân bất sản tú tinh một bên đơn thuần, chiếm 22,2%, có 2 bệnh nhân bất sản tú tinh một bên và thiếu sản tú tinh bên còn lại, chiếm 0,6 %. Có 1 bệnh nhân nang tú tinh, chiếm 0,5%. Có 2 trường hợp giãn tú tinh.

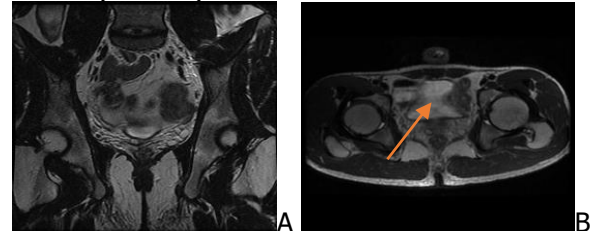
Các bệnh nhân thiếu sản tú tinh đều có tăng tín hiệu của tú tinh trên T1WFS. Điều này chứng tỏ có sự ứ trệ hỗn hợp tinh dịch- tinh trùng trong tú tinh do tắc nghẽn sự lưu thông. Hậu quả lâm sàng là bệnh nhân không có tinh trùng trong tinh

dịch đồ (hình 4). Dấu hiệu tăng tín hiệu trên T1W FS cần phải phân biệt với chảy máu tú tinh. Tuy nhiên các trường hợp này kết quả xét nghiệm đều không có hồng cầu trong tinh dịch.



**Hình 2: Bất sản tú tinh hai bên ở bệnh nhân nam, 25 tuổi, MBA 2204026426, đến khám vì chậm con**

Trên cộng hưởng từ T2W (2A: coronal, 2B: axial), không quan sát thấy tú tinh ở vị trí của nó. Trên ảnh T2W axial (2B), có di tích của tú tinh biểu hiện bằng dải xơ giảm tín hiệu tại vị trí của nó (mũi tên).



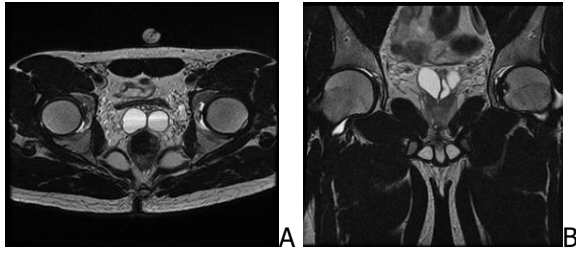
**Hình 3: Bất sản tú tinh bên trái và thiếu sản tú tinh bên phải ở bệnh nhân nam, 29 tuổi, MBA 2209035819, đến khám vì vô sinh, xét nghiệm tinh dịch đồ không có tinh trùng**

Trên cộng hưởng từ T2W (A: coronal, B: axial), không quan sát thấy tú tinh trái ở vị trí của nó. Tú tinh bên phải thiếu sản, biểu hiện bằng cấu trúc nhỏ, kích thước <50% bình thường, tăng tín hiệu trên T2W (mũi tên)



**Hình 4: Thiếu sản tú tinh bên trái và giãn to tú tinh bên phải ở bệnh nhân nam, 23 tuổi, không có tinh trùng**

Trên cộng hưởng từ T2W axial (A) thấy thiếu sản tú tinh trái, kích thước <50% bình thường (mũi tên đỏ). Trên T1W FS (B), thấy tăng tín hiệu mạnh của 2 tú tinh (mũi tên) thể hiện sự ứ trệ tinh dịch (mũi tên trắng)



**Hình 5: Nang túi tinh kích thước lớn ở bệnh nhân nam, 24 tuổi, phát hiện tình cờ trên siêu âm**

Trên cộng hưởng từ T2W axial (A) và coronal (B), xuất hiện cấu trúc dạng nang thành mỏng, dịch trong tại vị trí túi tinh (mũi tên đen), gây mất cấu trúc lô thùy bình thường của túi tinh, tăng tín hiệu mạnh trên T2W, thông với ống phóng tinh (mũi tên trắng, ảnh B)

#### IV. BÀN LUẬN

18 bệnh nhân bất thường bẩm sinh túi tinh trong nghiên cứu có độ tuổi từ 20 đến 34 tuổi, độ tuổi trung bình là 26,4 tuổi, là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản. Theo nghiên cứu của tác giả Omen Zafer [6] trên 1455 bệnh nhân có 22 trường hợp bệnh nhân có bất thường bẩm sinh đường dẫn tinh trong nhóm tuổi từ 18 đến 28 tuổi, với độ tuổi trung bình khoảng 26 tuổi, thì không có mối liên quan giữa tuổi và bất thường đường dẫn tinh và cũng không có mối liên quan giữa bệnh nhân có hay không có bất thường đường dẫn tinh trong phân bố tuổi.

Phần lớn các bệnh nhân (15/18 bệnh nhân) đến khám vì lý do chậm con. Siêu âm tinh hoàn của các đối tượng này bình thường (không đưa vào trong mục kết quả) chứng tỏ nguyên nhân sau tinh hoàn của việc chậm con. Một trong những nguyên nhân phổ biến nhất trong vô sinh nam sau tinh hoàn là do tắc nghẽn đường dẫn tinh và thường gặp nhất do bất thường bẩm sinh ở túi tinh. Tất cả các trường hợp đến khám vì chậm con đều cho kết quả cộng hưởng từ là bất sản hoặc thiếu sản túi tinh hai bên hoặc một bên.

Hình thái của túi tinh hai bên được xác định trên mặt phẳng cắt ngang và đứng ngang, chuỗi xung T2W độ phân giải cao sẽ xác định được thiếu sản hay bất sản túi tinh. Về kích thước túi tinh chúng tôi đo trên mặt phẳng T2W Coronal, với hai chiều dài và rộng.

Bất sản túi tinh là bất thường bẩm sinh hiếm gặp, tỷ lệ chỉ vào khoảng 0.08%. Bất sản túi tinh có thể một bên hoặc hai bên. Bất sản túi tinh hai bên thường được xem là một thể sinh dục nguyên phát của xơ hóa bàng quang [8]. Bất thường này thường kết hợp với bất sản ống dẫn

tinh hai bên nhưng không có bất thường ở hệ tiết niệu. Trong số 18 bệnh nhân của chúng tôi có 5 trường hợp (chiếm 29.4%) có bất sản túi tinh hai bên, 6 trường hợp bất sản túi tinh một bên trong đó gồm 3 trường hợp thiếu đường dẫn tinh bên trái, 3 trường hợp thiếu sản đường dẫn tinh bên phải (chiếm khoảng 35.2%).

Bất sản túi tinh một bên xảy ra khi bào thai bị tổn thương trước tuần thứ 7 của thai kỳ. Nó thường kết hợp với các bất thường khác, hay gặp nhất là thiếu sản thận cùng bên. Tuy nhiên, dưới 10% các trường hợp có thận bình thường [9].

Thiếu sản túi tinh được coi là sự kém phát triển của túi tinh, được định nghĩa là đường kính tối đa nhỏ hơn 50% so với bình thường, hoặc nhỏ hơn 5mm [5]. Bất thường này thường kết hợp với các bất thường niệu - dục khác như không thấy ống dẫn tinh và hay gặp nhất ở các bệnh nhân không có tinh trùng. Nó có thể được phát hiện bằng siêu âm, CLVT nhưng cộng hưởng từ cho phép đo được nhiều lần cũng như xác định đường bờ túi tinh rõ nét và chính xác hơn. Trong số bệnh nhân trong nghiên cứu, số lượng thiếu sản túi tinh một bên chiếm tỷ lệ cao nhất (7/18 bệnh nhân tương đương 39%).

Nang túi tinh là loại bất thường hiếm, có thể bẩm sinh hoặc mắc phải [7]. Tỷ lệ nang túi tinh khoảng 0.005% và kết hợp với bất thường thận cùng bên trong 2/3 các trường hợp. Một nghiên cứu báo cáo tỷ lệ nang túi tinh đạt tới 0.46% trong số các trường hợp có thiếu sản thận cùng bên. Hiếm khi bất thường này kết hợp với bệnh thận đa nang di truyền trội. Nang túi tinh có thể kết hợp với các bất thường bẩm sinh niệu dục khác. Ví dụ như hội chứng Zinner là loại bệnh hiếm, đặc trưng bởi bộ ba thiếu sản hoặc bất sản thận một bên, nang túi tinh cùng bên và tắc ống phóng tinh do sự phát triển của đường tiết niệu và đường sinh dục có cùng nguồn gốc phôi thai chung của ống thận nguyên thủy và nụ đường niệu [4]. Một vài biến thể của hội chứng này cũng đã được báo cáo như thiếu sản thận với thiếu sản túi tinh bên đối diện, thiếu sản thận với nang túi tinh cùng bên và thiếu sản túi tinh bên đối diện, thiếu sản thận với nang túi tinh hai bên.

#### V. KẾT LUẬN

Bất thường bẩm sinh túi tinh mặc dù hiếm gặp nhưng đã được công bố khá nhiều trên y văn. Bất thường này là nguyên nhân chính của vô sinh nam do tắc nghẽn sau tinh hoàn. Cộng hưởng từ do có độ phân giải mô mềm rất cao, không gây bức xạ ion hóa, hình ảnh khách quan thu được trên nhiều hướng khác nhau trong

không gian là phương pháp chẩn đoán hình ảnh lý tưởng các loại bất thường bẩm sinh khác nhau của túi tinh như bất sản, thiếu sản, nang túi tinh, giúp cho chẩn đoán nguyên nhân vô sinh nam do tắc nghẽn sau tinh hoàn được chính xác và tin cậy.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bohyun Kim, Akira Kawashima, Jeong-Ah Ryu.** (2009). Imaging of the Seminal Vesicle and Vas Deferens. *RadioGraphics*. 29, 1105-1121.
2. **Chiang HS, Lin YH, Wu YN.** (2013). Advantages of magnetic resonance imaging of the seminal vesicles and intra-abdominal vas deferens in patients with congenital absence of the vas deferens. *Urology Journal*. 2, 345-351.
3. **Ozmen Z, Aktas F, Uluocak N.** (2018). Magnetic resonance imaging and clinical findings in seminal vesicle pathologies. *Journal of the Brazilian Society of Urology*. 44(1), 86-94.
4. **B. J. Pereira, L. Sousa, P. Azinhais.** (2009). Zinner's syndrome: an up-to-date review of the literature based on a clinical case. *International Journal of Andrology*. 41(5), 322-330.
5. **Osman Ocal, Ali Devrim Karaosmanoglu, Musturay Karcaaltincaba.** (2019). Imaging findings of congenital anomalies of seminal vesicles. *Polish Journal of Radiology*. 84, e25-e31.
6. **Hong-Fei Wu, Di Qiao, Li-Xin Qian.** (2005). Congenital agenesis of seminal vesicle. *Asia Journal of Andrology*. 7(4), 449-452.
7. **Geveno PA, Van Sinoy ML, Sintzoff SA Jr.** (1990). Cysts of the prostate and seminal vesicles: MR imaging findings in 11 cases. *American Journal of Roentgenology*. 155, 1021-1024
8. **Denise Andréa Silva de Souza, Fábio Rueda Faucz, Lilian Pereira-Ferrari.** (2018). Congenital Bilateral Absence of the Vas Deferens as an Atypical Form of Cystic Fibrosis: Reproductive Implications and Genetic Counseling. *Andrology*. 6(1), 127-135.
9. **Lane VA, Scammell S, West N.** (2014). Congenital absence of the vas deferens and unilateral renal agenesis: implications for patient and family. *Pediatric Surgery International*. 7, 733-736.

## NHẬN XÉT NỒNG ĐỘ PROGESTERONE VỚI TỶ LỆ THAI LÂM SÀNG TRONG CHUYỂN PHÔI ĐÔNG LẠNH

Nguyễn Xuân Hợi<sup>1</sup>, Vũ Văn Tâm<sup>2</sup>, Trần Thu Hà<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét nồng độ progesterone trước chuyển phôi với tỷ lệ có thai lâm sàng trong chuyển phôi đông lạnh ngày 5 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ thai lâm sàng trong nghiên cứu là 72,4%. Nồng độ progesterone (P4) huyết thanh trung bình trước ngày chuyển phôi của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $11,22 \pm 3,98$ ng/mL. Đường cong ROC cho thấy giá trị tiên đoán đáng kể của nồng độ P4 huyết thanh trước chuyển phôi đối với tỷ lệ thai lâm sàng, diện tích dưới đường cong (AUC) giá trị cao là 0,6628. Giá trị ngưỡng tối ưu để dự đoán tỷ lệ thai lâm sàng mức P là 9,2ng/ml (độ nhạy 77,53%, độ đặc hiệu 54,74%). Nhóm bệnh nhân với Progesterone >9,2ng/ml khả năng có thai lâm sàng cao hơn gấp 2,62 lần so với nhóm còn lại (95%CI = 1,17 - 5,86) có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,017$ . Có mối liên quan nghịch biến giữa nồng độ Progesterone trước chuyển phôi 1 ngày và cân nặng, với hệ số tương quan  $p = 0,043$  và  $r = -0,1288$ . Không có sự khác biệt đáng kể về nồng độ của progesterone huyết thanh liên quan

đến tuổi, niêm mạc tử cung, BMI. **Kết luận:** Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm bệnh nhân có P4 huyết thanh >9,2 ng/ml (76,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm  $P4 \leq 9,2$  ng/ml (55,3%) với  $p = 0,017$ . Cần thêm nhiều nghiên cứu để xác định thời điểm đo nồng độ Progesterone và tìm điểm Cut off phù hợp với từng trung tâm hỗ trợ sinh sản. Cần đưa ra chiến lược cá thể hóa hỗ trợ hoàng thể trong chuyển phôi đông lạnh và phác đồ bổ sung Progesterone với những trường hợp có P4 thấp bằng P4 tiêm dưới da, tiêm bắp.

**Từ khóa:** chuyển phôi đông lạnh, tỷ lệ thai lâm sàng, Progesterone trước chuyển phôi.

#### SUMMARY

#### REVIEWS PROGESTERONE LEVELS WITH CLINICAL PREGNANCY RATES IN FROZEN EMBRYO TRANSFER

**Objectives:** To review progesterone levels prior to embryo transfer with clinical pregnancy rates in day 5 frozen embryo transfer at Hai Phong Maternity Hospital. **Research methods:** retrospective description. **Results:** The clinical pregnancy rate in the study was 72.4%. The mean serum progesterone (P4) levels prior to embryo transfer in the study group were  $11.22 \pm 3.98$ ng/mL. The ROC curve showed a significant predictive value of pre-embryonic serum P4 concentrations for clinical pregnancy rates, a high value area under the curve (AUC) of 0.6628. The optimal threshold value for predicting P-level clinical pregnancy is 9.2 ng/ml (sensitivity 77.53%, specificity 54.74%). The group of patients with Progesterone >9.2ng/ml was 2.62 times more likely to have a clinical pregnancy than the other group (95%CI =

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Hà

Email: hatranyhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023