

quan rất nhiều đến chất lượng sẹo mổ của tử cung, đặc biệt hiện nay nhiều thầy thuốc bản khoán tại sao chữa vết mổ, rau cài răng lược... ở sẹo cũ tăng lên? Đây là một vấn đề đang được tìm hiểu.

Nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ sản phụ có kỹ thuật khâu cầm máu diện rau bám là 28,2%. Có 4 (1,1%) trường hợp thắt động mạch tử cung và 2 (0,5%) trường hợp cắt tử cung. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bình An chỉ với 0,6% khâu cầm máu diện rau bám.

V. KẾT LUẬN

Thời điểm mổ lấy thai cấp cứu trong giai đoạn Ia chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ là 44,0%, tiếp theo đó là mổ chủ động chiếm 32,5%, và cuối cùng là mổ cấp cứu đã chuyển dạ chiếm 23,5%.

Nhóm trẻ sơ sinh có trọng lượng 3000 – 3500gr chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm tỷ lệ 54,9%, nhóm trẻ nhẹ cân < 2500gr chiếm tỷ lệ thấp nhất 7%. Có 01 trường hợp trẻ sơ sinh ngạt nhẹ chiếm tỷ lệ 0,3%.

Phương pháp vô cảm bằng gây tê tủy sống trong MLT là chủ yếu.

- Vào bụng bằng đường ngang trên xương vệ là chủ yếu, chiếm 99,5%. Rạch ngang đoạn dưới vào tử cung chiếm tỷ lệ lớn (99,5%),

- Phần lớn bệnh nhân được khâu phục hồi cơ tử cung 1lớp với tỷ lệ 99,5%.

- Tỷ lệ khâu cầm máu diện rau bám chiếm 29,3%, Có 02 trường hợp cắt tử cung bán phần

chiếm tỷ lệ 0,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matthias Frohlich, Chie Koga, Christoph Buhner et al.** Differences in rate and medical indication of caesarean section between Germany and Japan, Pediatrics International, 2020; 62, 1086–1093.
2. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Đức Hình.** Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan ở Hoàn Kiếm và Gia Lâm – Hà Nội năm 2007, Tạp chí Y học Việt Nam tháng 4. 2009; 1(2009), tr 30–31.
3. **Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng và cộng sự.** Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2017, Tạp Chí Phụ sản. 2018; 16(1), 92 – 96.
4. **Harper MA.** Pregnancy related death and health care services. Am. J. Obstet Gynecol 2003;102: 273-8
5. **Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Hùng** (2013), Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012, Tạp chí Y học thực hành, 893 (11), tr. 144 - 146.
6. **Bộ môn Phụ Sản Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh** (2011), Sản phụ khoa tập I, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành Phố Hồ Chí Minh, 251-254, tr. 251-254.
7. **Bùi Văn Dũng** (2022), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so với tuổi thai từ 37 tuần trở lên tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa năm 2020, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
8. **Soeuchan Visal** (2020), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Bình An** (2020), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Bưu điện, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA CHU KỲ CHUYỂN PHÔI ĐÔNG LẠNH CHUẨN BỊ BẰNG PHÁC ĐỒ TỰ NHIÊN VÀ PHÁC ĐỒ NGOẠI SINH

Hoàng Thị Thu Hà¹, Dương Tiến Tùng¹, Trần Phương Anh¹,
Trần Khánh Linh¹, Nguyễn Anh Đào¹, Lê Ngọc Dung¹, Nguyễn Khang Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả có thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu trên 86 bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị niêm mạc bằng một trong hai phác đồ, trong thời gian từ tháng 12/2022 tới tháng 3/2023, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép,

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Độ dày niêm mạc tử cung tại thời điểm kết thúc pha tăng sinh không có sự khác biệt giữa hai phác đồ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ có thai của phác đồ tự nhiên (65,7%) và phác đồ ngoại sinh (68,6%). **Kết luận:** Chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng phác đồ tự nhiên là phương pháp sinh lý, hiệu quả với tỉ lệ có thai tương đương với phác đồ ngoại sinh.

Từ khóa: IVF, ICSI, chuyển phôi đông lạnh, chuẩn bị niêm mạc tử cung, phác đồ tự nhiên, phác đồ ngoại sinh.

SUMMARY

THE OUTCOME OF NATURAL CYCLE VERSUS ARTIFICIAL CYCLE IN FROZEN-THAWED EMBRYO TRANSFER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khang Sơn

Email: khangson@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2023

Ngày duyệt bài: 10.6.2023

Objectives: To evaluate outcomes in frozen-thawed embryo transfer, endometrial preparation with natural cycle and artificial cycle. **Methods:** Retrospective descriptive study with 86 cycles for frozen-thawed embryo transfer at Center of IVF and Tissue engineering, Hanoi Medical University Hospital from December 2022 to March 2023. **Results:** No significant differences were found between endometrial thickness on hCG injection day (natural cycle) and the last day of proliferative phase (artificial cycle). And no significant differences were found between the two groups with regard to the pregnancy rate (65.7% vs 68.6%). **Conclusion:** Both FET protocols are equally effective in terms of pregnancy outcomes but natural cycle is more favorable because it requires less medication, and has a significant cost reduction. **Keywords:** IVF, ICSI, frozen-thawed embryo transfer, endometrial preparation, natural cycle, artificial cycle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, sự tiến bộ trong kỹ thuật đông – rã phôi đã làm tỉ lệ chuyển phôi đông lạnh ngày càng tăng [1]. Hai yếu tố quan trọng quyết định sự thành công của một chu kỳ chuyển phôi là chất lượng phôi chuyển, niêm mạc tử cung và sự đồng bộ của hai yếu tố này [2]. Trong đó, niêm mạc tử cung có thể được chuẩn bị các phác đồ khác nhau như: phác đồ tự nhiên, phác đồ ngoại sinh (hay phác đồ sử dụng thuốc nội tiết ngoại sinh, phác đồ nhân tạo), phác đồ kích thích buồng trứng nhẹ,... Tất cả đều nhằm mục tiêu chuẩn bị một niêm mạc tử cung tối ưu nhất cho sự làm tổ của phôi.

Được sử dụng phổ biến nhất là phác đồ sử dụng thuốc nội tiết ngoại sinh (hay phác đồ ngoại sinh), khi đó estrogen và progesterone ngoại sinh được sử dụng để mô phỏng chu kỳ kinh nguyệt [3]. Lợi điểm của phác đồ này là đơn giản, chủ động được thời gian thăm khám và linh hoạt trong kế hoạch chuyển phôi. Tuy nhiên ở phác đồ ngoại sinh bệnh nhân thường phải sử dụng thuốc nội tiết với liều cao, kéo dài, gây chi phí lớn và phải đối mặt với những tác dụng không mong muốn của thuốc. Một trong những nguyên nhân giải thích cho điều này là sự thiếu vắng hoàng thể trong 3 tháng đầu.

Phác đồ tự nhiên là phương pháp chuẩn bị niêm mạc nhờ estradiol của nang noãn đang phát triển, thường được áp dụng với những bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt đều. Ưu điểm thì đây là phác đồ sinh lý, lượng thuốc sử dụng ít, chi phí rẻ, và sẽ có mặt hoàng thể giống như khi mang thai tự nhiên. Tuy nhiên phác đồ này vẫn còn những nhược điểm như thiếu linh hoạt trong kế hoạch khám và chuyển phôi (do phụ thuộc vào sự phát triển tự nhiên của nang trứng) và

khó khăn trong việc xác định đỉnh LH. Điều này đã được giải quyết một phần nhờ sử dụng mũi tiêm hCG là mốc xác định thời điểm chuyển pha của niêm mạc tử cung (từ pha tăng sinh sang pha chế tiết).

Hiện nay còn nhiều tranh cãi về hiệu quả của phác đồ tự nhiên, và những hồ nghi khi so sánh với phác đồ ngoại sinh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tỉ lệ có thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân đã tiến hành chu kỳ thụ tinh ống nghiệm và có phôi trữ lạnh từ tháng 1/2022, và chu kỳ chuyển phôi trữ đầu tiên được tiến hành từ tháng 12/2022 đến tháng 3/2023, tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị niêm mạc bằng một trong hai phác đồ: phác đồ tự nhiên hoặc phác đồ ngoại sinh.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị dính buồng tử cung, dị dạng buồng tử cung, ứ dịch sẹo mổ lấy thai
- U xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung
- Tiền sử sảy thai, thai lưu liên tiếp
- Các trường hợp xin trứng hay xin tinh trùng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

* **Quy trình nghiên cứu:**

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist. Gây trưởng thành trứng bằng mũi tiêm hCG (Ovitrel hoặc IVF-C 5000) khi có lớn hơn hoặc bằng 3 nang có kích thước > 17mm. Chọc hút trứng tiến hành sau đó 35 – 36 giờ.

- Trứng trưởng thành (trứng MII) được ICSI với tinh trùng. Quá trình nuôi cấy và đánh giá chất lượng phôi được tiến hành theo quy trình thường quy tại Lab IVF Đại học Y Hà Nội. Phôi được trữ đông ngày 2 hoặc ngày 5.

- Bệnh nhân chuẩn bị niêm mạc để chuyển phôi trữ bằng một trong hai phác đồ:

- Phác đồ tự nhiên: Theo dõi sự phát triển của niêm mạc tử cung và nang trứng bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Tiêm rụng trứng khi niêm mạc có hình ảnh 3 lá, độ dày từ 8-14 mm và kích thước nang trứng từ 16 – 18 mm bằng hCG. Pha hoàng thể được bổ sung progesterone ngoại sinh (Utrogestan 200mg với liều 400 mg/ngày và

Duphaston 10mg với liều 20mg/ngày) sau mũi tiêm rụng trứng 36 giờ.

- Phác đồ ngoại sinh: chuẩn bị niêm mạc bằng estrogen ngoại sinh (Valiera 2mg), với liều từ 8-12 mg/ngày. Chuyển sang pha hoàng thể khi niêm mạc tử cung đạt độ dày 8-14 mm bằng progesterone ngoại sinh (Utrogestan 200mg liều 800 mg/ngày và Duphaston 10mg liều 40mg/ngày).

- Các trường hợp đều là chuyển phôi nang. Phôi được rã đông rồi nuôi lên ngày 5 (đối với phôi trữ ngày 2) hoặc rã đông rồi chuyển sau đó 2-4 giờ (đối với phôi trữ ngày 5).

- Chất lượng phôi được đánh giá lại trước chuyển phôi 30 phút.

- Thử thai bằng xét nghiệm β HCG sau chuyển phôi 10 – 12 ngày.

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, phân loại vô sinh, số năm vô sinh, BMI người vợ

- AMH, FSH, LH cơ sở của người vợ

- Độ dày niêm mạc tử cung ngày tiêm rụng trứng (phác đồ tự nhiên) hoặc ngày bắt đầu bổ sung progesterone (phác đồ ngoại sinh)

- Số lượng phôi chuyển, chất lượng phôi chuyển (theo phân loại của Gardner)

- Phôi tiềm năng là các phôi độ I và độ II (theo phân loại của Gardner) [4].

- Tỷ lệ có thai tính bằng số chu kỳ có β HCG > 25 IU/L tại ngày 10 - 12 sau chuyển phôi trên tổng số chu kỳ chuyển phôi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tính tỷ lệ có thai trên chu kỳ chuyển phôi, và tất cả bệnh nhân đều là chuyển phôi lần đầu, phôi chuyển đều là phôi nang.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, dùng phép toán thống kê mô tả cho biến định tính và định lượng. Sử dụng các test t-test, Fisher, Mann-Whitney U.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thuộc loại mô tả hồi cứu, không can thiệp trên bệnh nhân và được sự cho phép của lãnh đạo Trung tâm HTSS&CNMG, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thông tin bệnh nhân được mã hoá, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân chuyển phôi bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh

Đặc điểm	Phác đồ tự nhiên	Phác đồ ngoại sinh	p
----------	------------------	--------------------	---

	(n=35)	(n=51)	
Tuổi	33.20±4.92	33.04±4.86	0.819
Thời gian vô sinh (năm)	2.68±1.68	3.39±2.61	0.102
Phân loại vô sinh	Vô sinh I (40.0%)	19/51 (37.3%)	0.59
	Vô sinh II (60.0%)	32/51 (62.7%)	
BMI	21.92±2.82	21.14±1.84	0.58
AMH	2.69±1.59	3.15±1.24	0.461
FSH	5.83±1.68	7.21±2.67	0.306
LH	4.88±2.02	6.09±3.37	0.773

Nhận xét: Trong thời gian từ tháng 12/2022 tới tháng 3/2023, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có 86 trường hợp chuyển phôi đông lạnh đủ điều kiện được đưa vào trong nghiên cứu, trong đó có 35 trường hợp (chiếm 40.70%) sử dụng phác đồ tự nhiên và 51 trường hợp (chiếm 59.30%) sử dụng phác đồ ngoại sinh.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm cơ bản về tuổi, thời gian vô sinh, phân loại vô sinh giữa hai nhóm. Chỉ số BMI cũng như các xét nghiệm nội tiết cơ bản (AMH, FSH, LH) cũng không có sự khác biệt giữa nhóm sử dụng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh.

3.2. Đặc điểm và kết quả chu kỳ chuyển phôi trữ

Bảng 2: Đặc điểm và kết quả chuyển phôi bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh

Đặc điểm	Phác đồ tự nhiên (n=35)	Phác đồ ngoại sinh (n=51)	p
Độ dày niêm mạc (mm)	9.69±1.46	9.76±1.75	0.669
Số phôi chuyển trung bình	1.44±0.65	1.29±0.47	0.097
Tỷ lệ chu kỳ có phôi tiềm năng chuyển (%)	28/35 (80.0%)	42/51 (82.4%)	0.193
Kết quả có thai	23/35 (65.7%)	35/51 (68.6%)	0.780

Nhận xét: Không có sự khác biệt về độ dày niêm mạc tử cung được chuẩn bị bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh. Số phôi chuyển trung bình và tỷ lệ chu kỳ chuyển phôi có ít nhất 1 phôi tiềm năng (phôi độ I hoặc độ II theo phân loại của Gardner) là tương đương giữa hai nhóm. Và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả có thai giữa nhóm phác đồ tự nhiên (65.7%) và nhóm phác đồ ngoại sinh (68.6%), với p > 0.05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, các đặc điểm về tuổi, thời gian vô sinh, BMI giữa hai nhóm sử dụng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh là không có sự khác biệt. Cùng với đó, các xét nghiệm đánh giá chức năng sinh sản như AMH, FSH và LH cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân. Sự đồng nhất về đối tượng nghiên cứu của hai nhóm giúp phép so sánh về kết quả giữa hai nhóm thêm phần ý nghĩa.

Chu kỳ chuyển phôi thành công cần sự góp mặt của phôi và niêm mạc tử cung tối ưu, cũng như sự đồng bộ giữa hai yếu tố này. Trong nghiên cứu này, độ dày niêm mạc tử cung được ghi nhận tại thời điểm tiêm rụng trứng (với phác đồ tự nhiên) và trước khi bổ sung progesterone ngoại sinh (đường uống và đường đặt âm đạo) với phác đồ ngoại sinh. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về độ dày niêm mạc tử cung giữa nhóm phác đồ tự nhiên (9.69 ± 1.46 mm) và nhóm phác đồ ngoại sinh (9.76 ± 1.75 mm). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hosseini và cộng sự (2018) [5]. Điều này đã giúp khẳng định estrogen tiết ra từ nang trứng tự nhiên hoàn toàn đủ để cung cấp cho niêm mạc phát triển, và việc bổ sung estrogen với những trường hợp theo dõi chu kỳ tự nhiên là không cần thiết.

Trong nghiên cứu này, các trường hợp đều là chuyển phôi đông lạnh lần đầu, với phôi chuyển ở giai đoạn phôi nang. Số lượng phôi chuyển là tương đương giữa nhóm phác đồ tự nhiên (1.44 ± 0.65 phôi) và phác đồ ngoại sinh (1.29 ± 0.47 phôi). Tỷ lệ chuyển phôi có phôi tiềm năng (là những phôi độ I và độ II theo phân loại của Gardner) cũng là tương đương giữa hai nhóm (80.0% so với 82.4%). Nếu như trước đây chuyển phôi ngày 5 còn được lựa chọn để đặt thì hiện nay, với sự tiến bộ của kỹ thuật nuôi cấy phôi và kỹ thuật đông – rã phôi thì chuyển phôi ngày 5 đã được lựa chọn nhiều hơn. Điều này là tương đương với xu hướng trên thế giới, cho thấy sự phát triển của Lab IVF tại Việt Nam đã tiệm cận với các nước phát triển trên thế giới [1].

Trước đây, phác đồ tự nhiên được lựa chọn để đặt hơn. Một phần là do sự linh hoạt của phác đồ ngoại sinh trong sắp xếp lịch thăm khám và chuyển phôi. Một phần cũng là do sự bất định trong sự xuất hiện đỉnh LH và thời điểm rụng trứng của mỗi cá thể, từ đó khó xác định cửa sổ làm tổ và khó khăn trong việc đồng bộ giữa phôi và niêm mạc tử cung. Tuy nhiên theo quan điểm mới, đỉnh LH có thể được thay thế bằng mũi tiêm

hCG tại thời điểm nang noãn đạt kích thước 16-18 mm, thời điểm đặt phôi cũng được xác định dựa trên mũi tiêm này [6]. Điều này đã giúp đơn giản hóa phác đồ tự nhiên.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ có thai của nhóm phác đồ tự nhiên (65.7%) và nhóm phác đồ nhân tạo (68.6%) là không có sự khác biệt. Điều này cho thấy cách xác định cửa sổ làm tổ để đồng bộ tuổi phôi và niêm mạc tử cung dựa trên mũi tiêm hCG bước đầu cho thấy hiệu quả. Điều này giúp bệnh nhân tiết kiệm được những chi phí mà trước đây phải làm như xét nghiệm nội tiết xác định đỉnh LH, nồng độ progesterone. Kết quả này cũng tương đồng với nhận định trong nghiên cứu của Armas và cộng sự (2019). Tuy nhiên tỷ lệ có thai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn [7].

Những nghiên cứu gần đây của Pape và cộng sự (2022) tiến hành theo dõi những trường hợp có thai sau chuyển phôi đông lạnh bằng các phác đồ chuẩn bị niêm mạc khác nhau cho thấy phác đồ ngoại sinh liên quan tới gia tăng tỉ lệ tai biến trong ba tháng đầu (ra máu bất thường, sảy thai sớm,...) và tăng huyết áp, tiền sản giật trong thai kỳ so với phác đồ tự nhiên [8], [9]. Điều này được cho liên quan tới thiếu vắng hoàng thể thai kỳ trong 3 tháng đầu, vì hoàng thể trong giai đoạn này không chỉ cung cấp progesterone và estrogen, mà còn chế tiết relaxin – một hormon quan trọng có tác dụng giãn mạch, giảm căng thẳng trong thai kỳ [10]. Như vậy, tiềm năng của phác đồ tự nhiên là đầy tiềm năng, vì không chỉ có tỉ lệ có thai tương đương với phác đồ ngoại sinh mà còn mang lại một thai kỳ an toàn hơn cho các mẹ bầu.

V. KẾT LUẬN

Chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng phác đồ tự nhiên sinh lý, chi phí rẻ và là phương pháp hiệu quả với tỉ lệ có thai tương đương với phác đồ ngoại sinh. Với những ưu điểm như phù hợp với sinh lý, sử dụng ít thuốc, chi phí rẻ thì đây là một lựa chọn tiềm năng với các chu kỳ chuyển phôi trữ.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Với xu hướng hiện nay về lựa chọn phác đồ chuẩn bị niêm mạc cho tỉ lệ có thai cao và an toàn nhất cho thai kỳ, phác đồ tự nhiên là một lựa chọn đầy hứa hẹn. Tuy nhiên, vẫn cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, theo dõi dài hơn nhằm khẳng định hiệu quả của phác đồ tự nhiên, đồng thời thống nhất cách hỗ trợ hoàng thể phù hợp cho phác đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The European IVF-Monitoring Consortium (EIM)**, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Kupka M.S. và cộng sự. (2016). Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE+. Human Reproduction, 31(2), 233–248.
2. **Wilcox A.J., Baird D.D., và Weinberg C.R.** (1999). Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. N Engl J Med, 340(23), 1796–1799.
3. **RESULTS - Frozen-Thawed Embryo Transfer - IVF-Worldwide.** <<https://ivf-worldwide.com/survey/frozen-thawed-embryo-transfer/results-frozen-thawed-embryo-transfer.html>>, accessed: 18/04/2023.
4. **Sakkas D. và Gardner D.K.** (2017). Evaluation of embryo quality Analysis of morphology and physiology. Textbook of Assisted Reproductive Techniques. 5, CRC Press.
5. **Agha-Hosseini M., Hashemi L., Aleyasin A. và cộng sự.** (2018). Natural cycle versus artificial cycle in frozen-thawed embryo transfer: A randomized prospective trial. Turk J Obstet Gynecol, 15(1), 12–17.
6. **Mumusoglu S., Polat M., Ozbek I.Y. và cộng sự.** (2021). Preparation of the Endometrium for Frozen Embryo Transfer: A Systematic Review. Front Endocrinol (Lausanne), 12, 688237.
7. **Cardenas Armas D.F., Peñarrubia J., Goday A. và cộng sự.** (2019). Frozen-thawed blastocyst transfer in natural cycle increase implantation rates compared artificial cycle. Gynecol Endocrinol, 35(10), 873–877.
8. **Pape J., Levy J., và von Wolff M.** (2022). Early pregnancy complications after frozen-thawed embryo transfer in different cycle regimens: A retrospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 279, 102–106.
9. **Pape J., Levy J., và von Wolff M.** (2023). Hormone replacement cycles are associated with a higher risk of hypertensive disorders: Retrospective cohort study in singleton and twin pregnancies. BJOG, 130(4), 377–386.
10. **Conrad K.P.** (2011). Maternal vasodilation in pregnancy: the emerging role of relaxin. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 301(2), R267-275.

TẦN SUẤT TÁI PHÁT CỦA UNG THƯ VÒI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Khánh Duy¹, Võ Minh Tuấn¹, Võ Thanh Nhân²,
Trần Minh Lộc², Cao Hữu Thịnh³, Bùi Lâm Thương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vòi tử cung (UTVTC) là loại ung thư phụ khoa hiếm gặp, tuy nhiên tỉ lệ mới mắc hiện nay đang có xu hướng tăng. Mặc dù được quản lý tương tự như ung thư biểu mô buồng trứng nhưng UTVTC có nguy cơ tái phát cao hơn và tiên lượng xấu. Việc xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC là cần thiết, từ đó giúp cho bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin để tư vấn người bệnh và cải thiện kết cục điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 47 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ từ 01/2015 – 07/2022. **Kết quả:** Thời gian theo dõi có trung vị là 40 tháng (phạm vi, 7 - 96 tháng). Nghiên cứu ghi nhận có 8 người bệnh (17,0%) tái phát. Tần suất tái phát tích lũy của UTVTC tại thời điểm 12 tháng là 4,4% (KTC 95% 1,12 - 16,45), 24 tháng là 9,1% (KTC 95% 3,52 - 22,5), 36 tháng là 14,9% (KTC

95% 6,92 - 30,41), 48 tháng là 19,3% (KTC 95% 9,35 - 37,24) và 60 tháng là 25,7% (KTC 95% 12,68 - 47,88). Trong mô hình phân tích đa biến, những yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC được ghi nhận gồm tăng CA 125 trước điều trị (< 35 U/mL so với ≥ 35 U/mL, HR 36,9, KTC 95% 1,47 - 921,37), giai đoạn bệnh tiến triển (giai đoạn I - II so với giai đoạn III, HR 6,61, KTC 95% 1,18 - 36,93) và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu (bệnh tồn dư ≤ 1 cm so với bệnh tồn dư > 1 cm, HR 7,52, KTC 95% 1,47 - 38,49). **Kết luận:** Tần suất tái phát chung của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ là 17%. Tăng CA 125 trước điều trị, giai đoạn bệnh tiến triển và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu là những yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tái phát của UTVTC.

Từ khóa: Ung thư vòi tử cung, tái phát, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

RECURRENCE RATE OF PRIMARY FALLOPIAN TUBE CANCER AT TU DU HOSPITAL

Background: Primary fallopian tube carcinoma (PFTC) is a rare gynecological cancer, but its incidence is currently increasing. While the management is similar to epithelial ovarian cancer, PFTC has a higher risk of recurrence and poor prognosis. Therefore, it is important to identify the recurrence rate and prognostic factors associated with recurrence, which will help in providing patients with informed counseling and planning effective treatment strategies to improve

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện An Sinh TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominh tuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023