

nhưng với đầu nội soi nhỏ, linh hoạt đưa sát phẫu trường và góc quan sát rộng hơn kính hiển vi nên vẫn đảm bảo kiểm soát bệnh tích.

- Qua các kết quả ta thấy đây là phẫu thuật an toàn, kiểm soát được cholesteatoma khu trú ở hòm nhĩ, phục hồi tốt giải phẫu và sinh lý tai giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benmoussa N, Fabre C, Deo S, Prêtre C, Charlier P.** The first description of cholesteatoma by Hippocrate. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2020; 277(6):1651-1653. doi:10.1007/s00405-020-05899-8
2. **Richter GT, Lee KH.** Contemporary assessment and management of congenital cholesteatoma. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009; 17(5):339-345. doi:10.1097/MOO.0b013e3283303688
3. **Presutti L, Marchioni D, eds.** Endoscopic Ear

Surgery: Principles, Indications, and Techniques. Georg Thieme Verlag; 2015:b-003-121086. doi:10.1055/b-003-121086

4. **Levenson MJ, Michaels L, Parisier SC.** Congenital cholesteatomas of the middle ear in children: origin and management. Otolaryngol Clin North Am. 1989;22(5):941-954.
5. **Park KH, Park SN, Chang KH, Jung MK, Yeo SW.** Congenital middle ear cholesteatoma in children; retrospective review of 35 cases. J Korean Med Sci. 2009;24(1):126-131. doi:10.3346/jkms.2009.24.1.126
6. **Lê Thị Thu Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cholesteatoma tai màng nhĩ đóng kín. Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
7. **Nelson M, Roger G, Koltai PJ, et al.** Congenital cholesteatoma: classification, management, and outcome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(7):810-814. doi:10.1001/archotol.128.7.810

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI NOÃN Ở BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM ĐƯỢC LÀM THỤ TINH ỒNG NGHIỆM CÓ SỬ DỤNG ANDROGEL TRƯỚC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Đoàn Thị Hằng¹ và CS

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 110 bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém làm thụ tinh ống nghiệm tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y. **Mục tiêu:** Đánh giá hình thái noãn của bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém sử dụng testosterone bôi da trước kích thích buồng trứng. **Kết quả:** Số lượng noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh và hình thái noãn tốt ở nhóm dùng testosterone qua da trước kích thích buồng trứng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. **Kết luận:** Sử dụng testosterone (androgel) bôi da trước kích thích buồng trứng có thể cải thiện được số lượng và chất lượng noãn ở bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém làm thụ tinh ống nghiệm.

Từ khóa: Androgel, Thụ tinh trong ống nghiệm, Đáp ứng buồng trứng kém.

SUMMARY

EVALUATION OF OOCYTE MORPHOLOGY IN POOR OVARIAN RESPONDER USING ANDROGEL PRIOR TO OVARIAN STIMULATION

The study was conducted on 110 patients with poor ovarian response undergoing in vitro fertilization (IVF) at the Military Institute of Clinical Embryology

and Histology, Vietnam Military Medical University. **Objectives:** To evaluate oocyte morphology of patients with poor ovarian response to topical testosterone use before ovarian stimulation. **Results:** The number of mature oocytes, the number of fertilized oocytes, and the good oocyte morphology were significantly higher in the transdermal testosterone group before ovarian stimulation compared with the control group. **Conclusions:** In conclusion, the topical application of testosterone (AndroGel) before ovarian stimulation can enhance both the quantity and quality of oocytes in patients with poor ovarian response to IVF.

Keywords: androgel, in-vitro fertilization (IVF), poor responder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh ống nghiệm (IVF) là phương pháp hỗ trợ sinh sản hiệu quả hiện nay với tỷ lệ thành công 35- 40%. Trong quá trình kích thích buồng trứng (KTBT), đáp ứng kém là một khó khăn có thể xảy ra chiếm 9-24% tổng số những trường hợp làm IVF. Điều trị đáp ứng kém là thách thức lớn của ngành hỗ trợ sinh sản, nhiều phương án khắc phục đã đưa ra, song chưa phương án nào tỏ ra ưu thế. Hiện nay, bổ sung androgen đang rất được quan tâm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, androgen kích thích giai đoạn sớm của phát triển nang trứng, tăng sự đáp ứng của buồng trứng với FSH. Từ đó, làm tăng số trứng, số phôi

¹Viện Mô Phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hằng
 Email: doanthihang@vmmu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 11.7.2023
 Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023
 Ngày duyệt bài: 18.9.2023

thu được, gia tăng tỷ lệ có thai. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng tỏ hiệu quả cải thiện đáp ứng kém của androgen. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được báo cáo, vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hình thái noãn thu được sau chọc hút, của bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém sử dụng testosterone bôi da trước kích thích buồng trứng

Đáp ứng buồng trứng kém chiếm 9-24% những trường hợp làm IVF [1], [2], là một trong những thách thức lớn nhất của HTSS, điều trị thường đạt kết quả thấp. Có rất nhiều phác đồ KTBT được sử dụng cho những trường hợp đáp ứng kém với mục tiêu vượt qua sự chọn lọc nang vượt trội của chu kỳ kinh nguyệt thông thường và tạo điều kiện cho nhiều nang noãn hơn cùng phát triển. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có phương pháp điều trị nào được chứng minh làm tăng hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện đáp ứng kém với KTBT [3], [4].

Hiện nay, một số nghiên cứu cho thấy androgen kích thích giai đoạn sớm của phát triển nang trứng. Đồng thời, androgen có thể ảnh hưởng tới sự đáp ứng của buồng trứng với gonadotropin và mở rộng sự ảnh hưởng của FSH trên buồng trứng, thúc đẩy phát triển nang noãn sơ cấp (nang tiền hốc) và gia tăng số lượng nang noãn cho giai đoạn tuyển chọn nang noãn sớm, từ đó gia tăng kết quả thụ thai ở phụ nữ. Gần đây, một số tác giả trên thế giới đã có những nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng chứng tỏ rằng sử dụng Androgel (androgen dạng gel) trước điều trị làm giảm số chu kỳ có đáp ứng kém của những bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng phải làm IVF. Tuy nhiên, tại Việt Nam việc sử dụng Androgel cho những phụ nữ đáp ứng kém do giảm dự trữ buồng trứng chưa có những nghiên cứu cụ thể. Vì vậy, nhằm nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá hình thái noãn ở bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém được làm thụ tinh ống nghiệm có sử dụng Androgel trước kích thích buồng trứng"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.

110 bệnh nhân có nguy cơ đáp ứng buồng trứng kém buồng trứng được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:

* Nhóm 1: 55 BN được sử dụng Androgel bôi da trước khi kích thích buồng trứng.

* Nhóm 2: 55 BN không sử dụng Androgel trước khi kích thích buồng trứng.

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tiền sử đáp ứng kém (≤ 3 noãn thu được khi điều trị bằng phác đồ chuẩn).

+ Xét nghiệm đánh giá dự trữ buồng trứng bất thường AFC < 5-7 nang hoặc AMH $\leq 1,26$ ng/ml.

Ngoài ra, hai chu kỳ KTBT không đáp ứng với liều tối đa có thể xem là đáp ứng buồng trứng kém.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

• Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp, gan, thận.

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật buồng trứng, vùng tiểu khung dính.

+ Bệnh nhân có bệnh lý buồng tử cung.

+ Các trường hợp đáp ứng buồng trứng kém nhưng xin noãn.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu. Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y.

2.2. Đánh giá noãn theo tiêu chuẩn đồng thuận ALPHA[5], [6].

* Đánh giá noãn: Theo mức độ trưởng thành nhân, noãn được chia thành 3 giai đoạn:

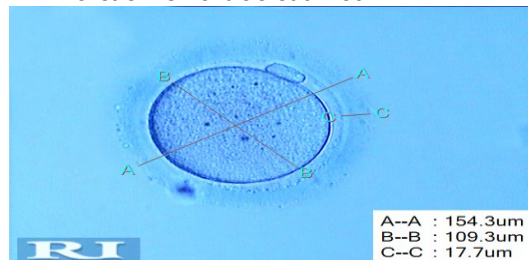
- Giai đoạn GV (đang ở kỳ đầu I): quan sát thấy nhân vẫn còn ở dạng túi hình cầu có chứa 1 hạt nhân to, không có thể cực ở khoang quanh noãn.

- Giai đoạn MI (đang ở kỳ giữa I): không có sự hiện diện của túi nhân và chưa xuất hiện thể cực thứ nhất

- Giai đoạn MII (đang ở kỳ giữa II): có sự hiện diện của thể cực thứ nhất ở khoang quanh noãn

Đánh giá một số chỉ tiêu hình thái noãn:

+ Đo các kích thước của noãn



Hình 2.1. Các kích thước của noãn

A-A: Đường kính noãn

B-B: Đường kính bào tương noãn

+ Đánh giá hình thái noãn theo đồng thuận Alpha 2011

. Đánh giá hình thái thể cực

. Đánh giá hình thái thể vùi trong bào tương noãn

. Đánh giá hình thái không bào trong bào tương noãn

. Đánh giá độ mịn bào tương noãn

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

- Tuổi
- BMI
- Các xét nghiệm đánh giá dự trữ buồng trứng ngày 2: FSH, LH, E2, AMH, siêu âm đếm nang AFC.

- Số chu kỳ bị hủy điều trị
- Số ngày dùng FSH
- Tổng liều FSH trung bình
- Niêm mạc tử cung ngày cho hCG

2.3.2. So sánh số lượng, hình thái và chất lượng noãn và tỷ lệ thụ tinh ở 2 nhóm:

- Số lượng nang noãn trên siêu âm 14-17mm, >17mm ở ngày cho hCG.
- Số lượng noãn thu được sau chọc hút.
- Đo kích thước noãn, màng trong suốt, đường kính bào tương noãn.
- Chất lượng noãn thu được theo tiêu chuẩn đồng thuận Alpha 2011.
- Đánh giá hình thái noãn thông qua quan sát thể cực, hình thái thể cực, quan sát độ mịn bào tương, sự xuất hiện thể vùi, sự xuất hiện không bào.
- Số noãn thụ tinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Noãn của các bệnh nhân nghiên cứu sau khi chọc hút, được đánh giá hình thái thông qua các chỉ số kích thước noãn, đường kính bào tương noãn, kích thước màng trong suốt, quan sát thể cực, sự xuất hiện thể vùi, sự xuất hiện không bào và đánh giá độ mịn của bào tương noãn.

Bảng 1: Kích thước noãn trung bình

Đường kính noãn (µm)	Nhóm 1 (n=251)	Nhóm 2 (n=177)	P
X ± SD (Min – Max)	152,1±6,7 (142,5-162,5)	151,2±5,1 (141,3-163,8)	0,13

Đường kính trung bình của 2 nhóm lần lượt là 152,1 ± 6,7 (nhỏ nhất là 142,5µm; lớn nhất là 162,5µm) và 151,2 ± 5,1 (nhỏ nhất là 141,3 µm; lớn nhất là 163,8 µm). Không có sự khác biệt về giá trị trung bình của kích thước noãn giữa 2 nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 2: Chiều dày màng trong suốt trung bình của noãn

Chiều dày màng ZP noãn (µm)	Nhóm 1 (n=251)	Nhóm 2 (n=177)	P
X ± SD (Min – Max)	16,2±1,5 (13,0-19,4)	16,4±1,3 (13,3-19,8)	0,15

Chiều dày màng trong suốt trung bình của 2 nhóm lần lượt là 16,2 ± 1,5 (nhỏ nhất là 13,0 µm; lớn nhất là 19,4 µm) và 16,4 ± 1,3 (nhỏ

nhất là 13,3 µm; lớn nhất là 19,8 µm). Các chỉ số này cho thấy không có sự khác biệt về chiều dày màng trong suốt noãn trung bình của 2 nhóm (p > 0,05).

Bảng 3: Kích thước bào tương noãn trung bình

Kích thước bào tương noãn (µm)	Nhóm 1 (n=251)	Nhóm 2 (n=177)	P
X ± SD (Min – Max)	102,5±4,2 (96,1-112,7)	103,2±3,6 (95,8-113,8)	0,07

Kích thước trung bình bào tương noãn của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là 102,5 ± 4,2 (nhỏ nhất là 96,1µm; lớn nhất là 112,7µm) và 103,2 ± 3,6 (nhỏ nhất là 95,8µm; lớn nhất là 113,8µm). Với p= 0,07 >0,05, sự khác biệt về kích thước trung bình của bào tương noãn giữa 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Hình thái thể cực noãn

Hình thái thể cực	Nhóm 1		Nhóm 2		P
	n	%	n	%	
Không có thể cực	26	10,3	32	18,1	0,01
Hình cầu, bề mặt nhẵn	190	75,7	117	66,1	0,02
Hình oval, bề mặt nhẵn	23	9,2	18	10,2	0,86
Phân mảnh	9	3,6	7	4,0	0,97
To, bất thường	3	1,2	3	1,7	0,99
Tổng	251	100	177	100	-

Hình thái thể cực noãn của 2 nhóm tập trung nhiều nhất ở nhóm thể cực hình cầu, bề mặt nhẵn với 190 noãn (75,7%) ở nhóm 1 và 117 noãn (66,1%) ở nhóm 2. Nhóm noãn có thể cực to bất thường đều ít nhất ở 2 nhóm với 3 noãn (1,2%) ở nhóm 1 và 3 noãn (1,7%) ở nhóm 2. Với p= 0,02 <0,05, số lượng noãn có thể cực hình cầu bề mặt nhẵn ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê. Mặt khác, số lượng noãn không có thể cực ở nhóm 1 là 26 noãn (10,3%) thấp hơn nhóm 2 là 32 noãn (18,1%) có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5: Hình thái thể vùi trong bào tương noãn

Thể vùi trong bào tương	Nhóm 1		Nhóm 2		P
	n	%	n	%	
Không có thể vùi	179	71,3	52	29,4	0,00
Có một thể vùi nhỏ	37	14,7	86	48,6	0,00
Một thể vùi to và nhiều thể vùi nhỏ	26	10,4	32	18,1	0,03
Có 2 thể vùi to	9	3,6	7	3,9	0,95
Tổng	251	100	177	100	-

Không quan sát thấy có thể vùi trong bào tương noãn chiếm số lượng nhiều nhất ở nhóm 1 với 179 noãn (71,3%) và có 1 thể vùi nhỏ nhiều nhất ở nhóm 2 với 86 noãn (48,6%). Sự khác biệt về số lượng noãn của 2 nhóm nghiên cứu ở

3 phân loại đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó, ở phân loại bào tương có 2 thể vùi thì cả 2 nhóm đều có số lượng ít nhất với 9 noãn (3,6%) ở nhóm 1 và 7 noãn (3,9%) ở nhóm 2, sự khác biệt về số lượng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6: Hình thái không bào trong bào tương noãn

Không bào trong bào tương	Nhóm 1		Nhóm 2		p
	n	%	n	%	
Không có không bào	228	90,8	136	76,8	0,00
Có 1 không bào nhỏ	14	6,5	27	15,3	0,00
Có một không bào trung bình	6	2,5	11	6,2	0,08
Có một không bào lớn	3	1,2	3	1,7	0,99
Tổng	251	100	177	100	-

Noãn không có không bào trong bào tương chiếm số lượng nhiều nhất ở 2 nhóm với 228 noãn (90,8%) ở nhóm 1 và 136 noãn (76,8%) ở nhóm 2. Sự khác biệt về số lượng noãn không có không bào và có 1 không bào nhỏ ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó, số lượng noãn có một không bào lớn chiếm ít nhất ở 2 nhóm với 3 noãn (1,2%) ở nhóm 1 và 3 noãn (1,7%) ở nhóm 2. Sự khác biệt về số lượng noãn có một không bào trung bình và 1 không bào lớn của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7: Phân loại độ mịn bào tương noãn

Độ mịn bào tương noãn	Nhóm 1		Nhóm 2		p
	n	%	n	%	
Bào tương mịn, sáng màu	174	69,3	97	54,8	0,003
Có hạt thô và sáng màu	51	20,3	36	20,3	0,91
Có hạt thô, sậm màu	14	5,6	26	14,7	0,00
Có hạt thô, tập trung vùng trung tâm noãn	12	4,8	18	10,2	0,05
Tổng	251	100	177	100	-

Noãn có bào tương mịn, sáng màu chiếm số lượng nhiều nhất ở cả 2 nhóm với 174 noãn (69,3%) ở nhóm 1 và 97 noãn (54,8%) ở nhóm 2 ($p < 0,05$). Trong khi đó số lượng noãn mà bào tương có hạt thô, tập trung vùng trung tâm noãn đều chiếm số lượng ít nhất của cả 2 nhóm với 12 noãn (4,8%) ở nhóm 1 và 18 noãn (10,2%) ở nhóm 2. Sự khác biệt về số lượng noãn ở phân nhóm hạt thô và sáng màu của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. ở 3 phân loại còn lại, sự khác biệt về số lượng noãn được ghi nhận có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 8: Phân loại noãn trưởng thành

Phân loại noãn	Nhóm 1	Nhóm 2	p
----------------	--------	--------	---

	n	%	n	%	
MII	225	89,6	145	81,9	0,02
MI	21	8,4	25	14,1	0,04
GV	5	2	7	4	0,35
Tổng	251	100	177	100	-

Số lượng noãn MII chiếm nhiều nhất ở cả 2 nhóm với 225 noãn (89,6%) ở nhóm 1 và 145 noãn (81,9%) ở nhóm 2. Số noãn MI ở nhóm 1 là 21(8,4%), nhóm 2 là 25(14,1%). Số lượng noãn MII, MI ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng noãn GV ít nhất với 5 noãn (2%) ở nhóm 1 và 7 noãn (4%) ở nhóm 2. Tuy nhiên, sự khác biệt về số lượng noãn GV ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả 3 thông số về kích thước là kích thước noãn trung bình, chiều dày màng trong suốt trung bình, kích thước bào tương noãn trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt. Điều này cho thấy Androgel không ảnh hưởng đến các chỉ số kích thước của noãn và các thành phần của noãn.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy sự xuất hiện không bào trong noãn giai đoạn MII dao động trong khoảng 5,7%- 12,4%. Sự hiện diện nhiều không bào chỉ chiếm một phần nhỏ xấp xỉ 1%. Ảnh hưởng của không bào ở noãn đến kết quả thụ tinh ống nghiệm đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khẳng định.

Từ bảng 6 cho thấy, Sự khác biệt về số lượng noãn không có không bào và có 1 không bào nhỏ ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Dung, noãn không có không bào chiếm nhiều nhất (96,5%) [7].

Sự khác biệt về số lượng noãn ở phân nhóm hạt thô và sáng màu của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở 3 phân loại còn lại, sự khác biệt về số lượng noãn được ghi nhận có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Dung noãn có bào tương noãn hạt thô và sậm màu chiếm số lượng nhiều nhất (63,9%), ít nhất là noãn có bào tương mịn, sáng màu (2%) [7]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao hơn.

Số lượng noãn MII, MI ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng noãn GV ít nhất với 5 noãn (2%) ở nhóm 1 và 7 noãn (4%) ở nhóm 2. Tuy nhiên, sự khác biệt về số lượng noãn GV ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Qua các thông số về đánh giá thể cực, quan sát sự xuất hiện thể vùi, quan sát sự xuất hiện không bào trong bào tương noãn, đánh giá độ mịn của bào tương và phân loại noãn trưởng thành, cho thấy sự khác biệt của 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê. Do sự tương đồng về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của 2 nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nên sự khác biệt của 2 nhóm về các chỉ tiêu trên, ban đầu có thể hướng tới do ảnh hưởng của Androgel.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù về hình thái, noãn của 2 nhóm có và không sử dụng Androgel không có sự khác biệt rõ về các thông số đường kính noãn, đường kính bào tương noãn và chiều dày màng trong suốt, nhưng lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ tiêu đánh giá chất lượng noãn như hình thái thể cực, sự xuất hiện của thể vùi, sự xuất hiện không bào, độ mịn bào tương, và phân loại noãn trưởng thành. Từ các kết quả trên cho thấy noãn của nhóm sử dụng Androgel trước kích thích buồng trứng có chất lượng tốt hơn nhóm không sử dụng Androgel.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Hợi** (2006), "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kích thích buồng trứng

và tỷ lệ có thai lâm sàng trong IVF/ICSI", Tạp chí Y học thực hành. Tr 16- 21.

2. **Wương Thị Ngọc Lan** (2003), "Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng", Sinh sản và Sức khỏe, số 5, tr. 8-9.
3. **Kim C.H., Howles C.M., Lee H.A.** (2011), "The effect of transdermal testosterone gel pretreatment on controlled ovarian stimulation and IVF outcome in low responders". Fertility and Sterility 2011; **95**(2):679-83.
4. **Lossi K., Andersen A.N., Loft A., Freiesleben N.L.C., et al** (2006), "Androgen priming using aromatase inhibitor and hCG during early-follicular-phase GnRH antagonist down-regulation in modified antagonist protocols", Human Reproduction Vol.21, No.10 pp. 2593-2600, 2006
5. **Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cs** (2012), "Động thuận đánh giá và phân loại noãn, phôi trong hỗ trợ sinh sản", Hội phụ sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam (VINAGOFPA), Chi hội y học sinh sản Việt Nam (VSRM).
6. **Alpha Scientists in Reproductive Medicine and ESHRE Special interest Group of Embryology** (2011), "The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting", Hum Reprod, 26, 1270-1283.
7. **Nguyễn Thị Phương Dung** (2011), "Khảo sát mối liên hệ giữa một số đặc điểm hình thái noãn và kết quả thụ tinh trong ống nghiệm". Luận văn thạc sĩ sinh học, đại học khoa học tự nhiên TP.HCM, tr 16-28.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN – DẠ DÀY BẰNG THẮT VÒNG CAO SU QUA NỘI SOI Ở TRẺ EM

Vũ Hữu Thời^{1,2}, Nguyễn Thành Nam², Phan Thị Hiền³

TÓM TẮT

Tổng quan: Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày gây xuất huyết tiêu hóa là biến chứng hay gặp của tăng áp lực tĩnh mạch cửa với tỉ lệ tử vong cao ở trẻ em. Thắt vòng cao su qua nội soi là phương pháp chủ yếu được lựa chọn trong điều trị và dự phòng biến chứng trên. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả và tính an toàn của điều trị giãn tĩnh mạch thực quản – dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa bằng thắt vòng cao su qua nội soi ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh được thực hiện tại Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

Tổng số 40 bệnh nhi được điều trị giãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa bằng thắt vòng cao su và được đánh giá hiệu quả và tính an toàn sau 1 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $8,3 \pm 4,9$ năm và cân nặng trung bình $23,1 \pm 11,9$ kg (từ 8,0kg đến 54,0 kg). Phần lớn đối tượng nghiên cứu gan to (77,5%) và lách to (82,5%). Chỉ định thắt dự phòng chảy máu tiên phát được thực hiện trên 21 bệnh nhi (52,5 %) và dự phòng chảy máu thứ phát 19 bệnh nhi (47,5%). Nội soi lần 1, tỷ lệ bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản độ 4: 32,5%; độ 3: 62,5%; độ 2: 5,0%; và không có bệnh nhân gian độ 1; và giãn tĩnh mạch dạ dày 57,5%. Nội soi lần 2 sau thắt 1 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản độ 4: 8,6%; độ 3: 28,6%; độ 2: 57,1%; và độ 1: 5,7%; và giãn tĩnh mạch dạ dày 28,6%. Biểu hiện không mong muốn sau nội soi bao gồm, 2,9% bệnh nhân nuốt đau và 37,1% bệnh nhân đau sau xương ức, không có bệnh nhân nào chảy máu, thủng rách thực quản. Tỷ lệ thất bại sau soi lần 2 là 2,9% (1 trẻ 15 tháng, 8 kg, không đưa được đầu soi thắt qua cơ thắt thực quản trên). **Kết luận:** Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản – dạ dày

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hữu Thời

Email: vuhuthoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023