

bệnh nhân có kết quả tốt, 2/30 bệnh nhân có kết quả khá.

Về biến chứng sau phẫu thuật, không có trường hợp nào ghi nhận viêm xoang, nhiễm trùng hay thải loại mảnh ghép sau phẫu thuật, chỉ có 1/30 bệnh nhân sẹo mô gây hở mí, quặm mí. Nguyên nhân do sẹo co kéo này là do bệnh nhân có tổn thương lớn, và phức tạp ở sàn ổ mắt và phần mềm dưới mí mắt.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 30 bệnh nhân vỡ sàn ổ mắt gồm 24 bệnh nhân nam (60%) và 6 bệnh nhân nữ (20%), có độ tuổi trung bình là 31.9, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 83.33%.

Phẫu thuật giải phóng tổ chức bị sa kẹt, nâng chỉnh, cố định các vật liệu lót sàn nhằm khôi phục thể tích, giải phẫu của hốc mắt đem lại kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đăng Khuyết. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị tổn

thương sàn ổ mắt trong chấn thương gãy xương tầng giữa mặt bằng đặt bóng sonde foley xoang hàm. Luận văn chuyên khoa cấp 2. Học viện quân y. 2017.

2. Seen Sophia, Young Stephanie Ming, Teo Shao Jin, et al, "Permanent Versus Bioresorbable Implants in Orbital Floor Blowout Fractures", Ophthalmic plastic and reconstructive surgery, 2018.
3. Olivier Senese et al. Retrospective analysis of 79 patients with orbital floor fracture: outcomes and patient-reported satisfaction. Arch Craniofac Surg Vol.19 No.2, pp.108-113.
4. Stefan Hartwig et al. Clinical outcome after orbital floor fracture reduction with special regard to patient's satisfaction. Chinese Journal of Traumatology. 2019, 22, pp 155-160.
5. Guido R. et al. Functional and Cosmetic Outcome after Reconstruction of Isolated, Unilateral Orbital Floor Fractures (Blow-Out Fractures) with and without the Support of 3D-Printed Orbital Anatomical Models. Journal of Clinical Medicine. 2021, 10, pp.3509.
6. Alexander S. et al. Repair of orbital floor fractures via the transantral approach with osteosynthesis plate. Oral and Maxillofacial Surgery. 2020.

KẾT QUẢ CÓ THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CÓ THAI CỦA PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lương Thị Hồng Nhung¹, Hoàng Thị Thanh Thủy^{2,3},
Ngô Thị Ngân², Hồ Sỹ Hùng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kết quả có thai và các yếu tố liên quan đến kết quả có thai của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu 153 chu kỳ bơm IUI của các cặp vợ chồng vô sinh - hiếm muộn trong thời gian từ tháng 06/2022 đến 05/2023 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Kết quả:** Tỷ lệ thai lâm sàng sau bơm IUI 16,99% (26/153), trong đó đơn thai 15,69% (24/153). Tỷ lệ thai ngoài tử cung 3,85% (1/26). Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả thành công của IUI: tỷ lệ có thai ở bệnh nhân có 1 nang trội và 2 nang trội lần lượt là 27,66% (13/47) và 11,32% (12/106), ở bệnh nhân

có độ dày niêm mạc tử cung < 8mm và ≥8mm là 4,55% (2/44) và 21,1% (23/109), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bệnh nhân không có thai nếu mật độ tinh trùng trước lọc rửa < 20 triệu/ml ($p < 0,05$). Ngoài ra tuổi của bệnh nhân, phương pháp kích thích buồng trứng, thời gian vô sinh cũng có xu hướng ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai lâm sàng của IUI ($p > 0,05$). **Kết luận:** tỷ lệ thai lâm sàng sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung là 16,99% với tỷ lệ thai ngoài tử cung là 3,85%. Số nang trội ở một hay 2 bên buồng trứng, độ dày niêm mạc < 8 mm, mật độ tinh trùng trước lọc rửa < 20 triệu/ml, tuổi của mẹ lớn và thời gian vô sinh lâu là các yếu tố làm giảm tỷ lệ có thai. **Từ khóa:** bơm tinh trùng vào buồng tử cung, tỷ lệ có thai lâm sàng.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS OF INTRAUTERINE INSEMINATION METHOD AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objects: Pregnancy outcomes and related factors of the intrauterine insemination (IUI) method at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Yên Bái

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Hồ Sỹ Hùng

Email: hohungsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 12.12.2023

Subjects and Methods: A descriptive observational study was conducted on 153 IUI cycles among infertile couples from June 2022 to May 2023 at the National Hospital of Obstetrics Hospital. **Results:** The number of clinical pregnancies after IUI is 24, which accounts for 16,99%. While the percentage of single pregnancy is 15,69%, the figure for ectopic pregnancy is 3.85%. The percentages of pregnancy in women with one dominant follicle and two dominant follicles are 27,66% and 11.32%. While the rate of pregnancy for women with endometrial thickness less than 8mm is 4,55%, the figure for women with endometrial thickness is from 8 mm and above is 21.1%, with $p < 0.05$. Women didn't get pregnancy if post-wash sperm count is less than 20 millions/ml, with $p < 0.05$. **Conclusion:** The clinical pregnancy rate was 16.99%, and ectopic pregnancy rate was 3.85%. The number of dominant follicles in one or both ovaries, endometrial thickness < 8 mm, sperm density < 20 million/ml, older mother's age and infertility duration were factors that reduced the pregnancy rate.

Keywords: intrauterine insemination, pregnancy outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là một vấn đề khá phổ biến, Theo tổ chức Y Tế Thế giới (WHO) vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai sau 1 năm chung sống, giao hợp bình thường, không sử dụng bất kỳ một biện pháp tránh thai nào [1]. Nguyên nhân gây vô sinh - hiếm muộn khá phức tạp. Thống kê cho thấy nguyên nhân vô sinh - hiếm muộn do nữ thường chiếm 35- 40%, do nam chiếm 30%, 20% do cả 2 vợ chồng, 10-15% còn lại không rõ nguyên nhân [2]. Thụ tinh nhân tạo bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI – Intra uterine insemination) là phương pháp điều trị vô sinh hiếm muộn đầu tay và được áp dụng phổ biến nhất. Bệnh viện Phụ sản Trung Ương là bệnh viện đầu ngành chuyên ngành Sản phụ khoa, thực hiện rất nhiều các chu kỳ IUI, có tỷ lệ thành công đạt từ 10-30%. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công như: Tuổi, thời gian vô sinh, dự trữ buồng trứng, phác đồ kích thích buồng trứng... Để góp phần ngày càng nâng cao tỷ lệ thành công của phương pháp IUI trong điều trị vô sinh, tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: "Khảo sát kết quả có thai và một số yếu tố liên quan của cặp vợ chồng bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những cặp vợ chồng được chỉ định làm IUI tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ dưới đây và đồng thuận tham gia nghiên cứu từ 6/2022 đến 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người vợ:
 - + Có ít nhất một vòi tử cung thông
 - + Vô sinh do rối loạn phóng noãn, hoặc lạc nội mạc tử cung ở mức độ nhẹ và vừa hoặc vô sinh chưa rõ nguyên nhân.
- Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người chồng:
 - tinh dịch đồ bình thường (tổng số tinh trùng và hình thái tinh trùng bình thường).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đối với cặp vợ chồng: viêm đường sinh dục, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục đang trong giai đoạn tiến triển
- Chồng không có tinh trùng trong tinh dịch, tinh trùng trữ đông lạnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Quan sát mô tả tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó: + n: cỡ mẫu

+ p: là tỷ lệ có thai của IUI

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% với $\alpha = 0,05$

+ ϵp : là độ chính xác mong muốn

+ ϵ : là khoảng sai lệch tương đối cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu nghiên cứu và tỷ lệ của quần thể (0,1 – 0,4). Theo Lê Thị Minh Nguyệt (2016), tỷ lệ có thai của IUI/ chu kỳ là 29,7%[3], chúng tôi chọn $p=0,3$.

Lấy $\epsilon = 0,38$. Thay vào công thức trên ta có $n = 62$ cặp vợ chồng làm IUI

2.4. Thu thập số liệu

- Lựa chọn các cặp vợ chồng đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thu thập các số liệu, biến số nghiên cứu của các cặp vợ chồng vào một phiếu theo dõi có ghi đầy đủ các biến số nghiên cứu đã được thiết kế sẵn.

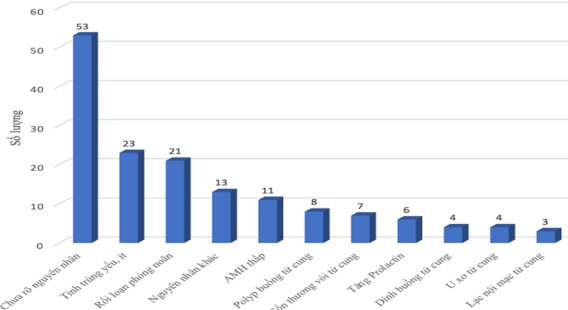
- Quan sát quá trình thực hiện kỹ thuật IUI của bác sỹ đối với bệnh nhân.

- Liên hệ trực tiếp với bệnh nhân khi bệnh nhân tái khám hoặc qua điện thoại để theo dõi kết quả IUI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của chồng là $34,09 \pm 4,93$, trong đó tuổi nhỏ nhất là 23 và cao nhất là 51 tuổi, nhóm tuổi từ 31-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,52%. Độ tuổi trung bình của vợ là $31,16 \pm 4,80$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 20 và cao nhất là 42 tuổi, nhóm tuổi ≤ 30 chiếm tỷ

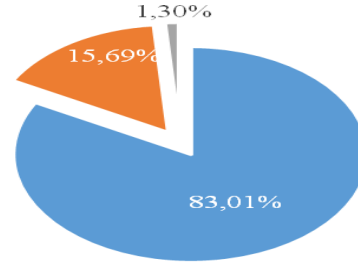
lệ cao nhất 50,98%. Vô sinh I chiếm tỷ lệ 55,56%, vô sinh II 44,44%. Thời gian vô sinh trung bình là $2,67 \pm 1,99$ năm, đa số là vô sinh dưới 5 năm (85,62%).



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân vô sinh

Nhận xét: vô sinh chưa rõ nguyên nhân, do nam giới và rối loạn phóng noãn là các nguyên nhân hay gặp nhất

3.2. Kết quả có thai lâm sàng bằng phương pháp IUI



Biểu đồ 3.2. Kết quả có thai lâm sàng của phương pháp IUI

Nhận xét: Tỷ lệ thai lâm sàng chiếm 16,99%. Thai ngoài tử cung chiếm 3,85%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp IUI

Bảng 3.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp IUI

Đặc điểm	Nhóm	Không có thai		Có thai		p
		N	%	n	%	
Nhóm tuổi	≤ 30	62	79,49	16	20,51	> 0,05
	31 – 35	41	85,42	7	14,58	
	36 – 40	18	90,00	2	10,00	
	> 40	7	100,00	0	0	
Thời gian vô sinh (năm)	< 5	107	81,68	24	18,32	> 0,05
	> 5	21	95,45	1	4,55	
Phác đồ kích thích buồng trứng	Chu kỳ tự nhiên	8	100	0	0	> 0,05
	CC	62	89,86	7	10,14	
	CC + FSH	43	76,79	13	23,21	
	FSH	15	75,00	5	25,00	
Số nang trội	1 nang	94	88,68	12	11,32	< 0,05
	2 nang	34	72,34	13	27,66	
Độ dày niêm mạc tử cung	≤ 8 mm	42	95,45	2	4,55	< 0,05
	8 – 10 mm	81	79,41	21	20,59	
	> 10 mm	5	71,43	2	28,57	
Mật độ tinh trùng	≤ 20	22	100	0	0	< 0,05
	> 20 – 40	31	73,81	11	26,19	
	> 40	75	84,27	14	15,73	

Nhận xét: Không trường hợp nào có thai ở các bệnh nhân bơm IUI ở các chu kỳ không kích thích buồng trứng hoặc mật độ tinh trùng của người chồng ≤ 20 triệu/ml. Bệnh nhân có độ dày niêm mạc tử cung ≤ 8 mm có tỷ lệ có thai thấp nhất 4,55%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của vợ là $31,16 \pm 4,80$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 20 và cao nhất là 42 tuổi, nhóm tuổi ≤ 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 50,98%. Độ tuổi không chênh lệch nhiều so với các nghiên cứu khác [4]. Nghiên cứu nhận thấy xu hướng tuổi càng cao

thì tỷ lệ có thai càng giảm, cũng như thời gian vô sinh càng dài, tỷ lệ có thai cũng giảm ($p > 0,05$)

Trong nghiên cứu, nguyên nhân vô sinh do chưa rõ nguyên nhân, tinh trùng yếu, rối loạn phóng noãn, giảm dự trữ buồng trứng có tỷ lệ lần lượt là 35,64 %, 15,03%, 13,73% và 7,19%, cao hơn các nhóm nguyên nhân khác. Điều này hoàn toàn phù hợp với các chỉ định của phương pháp IUI. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng Nga (2012), Nguyễn Hữu Hoài (2020), Đỗ Văn Tạo (2020) [5-7].

Nhiều nghiên cứu đều chỉ ra rằng việc kết hợp giữa IUI và kích thích buồng trứng cho kết quả thành công cao hơn so với việc IUI với chu

kì tự nhiên hoặc quan hệ tự nhiên sau khi kích thích buồng trứng [8]. Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân có thai với chu kỳ tự nhiên, trong khi tỷ lệ có thai ở nhóm được kích thích buồng trứng là 17,24%. Kết quả nghiên cứu này tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoài (2020), Hoàng Thị Phương Thùy (2017) [4, 6].

Tỷ lệ thai lâm sàng 16,99%, trong đó 15,69% đơn thai và 1,30% đa thai. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Đỗ Văn Tạo (2019), tỷ lệ thai lâm sàng là 11,3% trong tổng số 301 bệnh nhân làm IUI [7]; nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoài (2020), tỷ lệ thai lâm sàng là 15,6% [6]. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ có thai cao hơn như nghiên cứu của Yousefi B và cộng sự (2011), phụ nữ có thời gian vô sinh trên 10 năm, tỷ lệ có thai là 27%[9]. Nguyên nhân của sự khác biệt trên là do tỷ lệ có thai bằng phương pháp IUI phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu, nguyên nhân vô sinh và các phương pháp kích thích buồng trứng. Đồng thời trong nghiên cứu này, một cặp vợ chồng thường có nhiều hơn một nguyên nhân vô sinh do đó làm giảm tỷ lệ có thai lâm sàng.

Tỷ lệ đa thai trong nghiên cứu là 1,3%, trong đó 2 trường hợp được kích thích trứng bằng clomiphen citrat (CC), 1 trường hợp kích thích bằng CC + FSH. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoài (2020), tỷ lệ đa thai là 23,53%[6]. Tỷ lệ đa thai của chúng tôi tương đương với tỷ lệ đa thai tự nhiên (1 – 3%). 1 ca có túi thai nằm ngoài tử cung (3,85%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thùy (2017), tỷ lệ thai ngoài tử cung là 2%[4]; nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2016) trên 157 trường hợp thai ngoài tử cung sau IUI hoặc IVF được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản trung ương cho thấy tỷ lệ thai ngoài tử cung sau IUI trung bình là 1,83% [10]; nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoài (2020), tỷ lệ có thai ngoài tử cung là 5,83% [6].

Nghiên cứu này cũng nhận thấy người vợ có 2 nang trội và độ dày niêm mạc tử cung > 8 mm có tỷ lệ có thai cao hơn so với các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Do đó cần phải lựa chọn phương pháp kích thích buồng trứng phù hợp để thu được số nang trội khoảng 2-3 nang. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của các tác giả khác khi thấy rằng độ dày niêm mạc tử cung là yếu tố quan trọng trong tiên lượng khả năng có thai, và chỉ ra rằng để phôi làm tổ tốt thì niêm mạc tử cung ngày phóng

noãn có chiều dày ít nhất 8 mm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai giữa các nhóm mật độ tinh trùng trước lọc ($p < 0,05$), trong đó cặp vợ chồng có mật độ tinh trùng trước lọc dưới 20 triệu/ml thì không có cặp nào có thai. Một số nghiên cứu khác cũng thấy rằng mật độ tinh trùng trước lọc càng cao thì khả năng có thai càng lớn trong bơm IUI. Hiệp hội sinh sản và phôi người châu Âu (ESHRE-2018) cũng chỉ ra rằng nên thực hiện IUI khi mật độ tinh trùng trước lọc trên 10 triệu/ml.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai lâm sàng sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung là 16,99% với tỷ lệ thai ngoài tử cung là 3,85%. Số nang trội ở một hay 2 bên buồng trứng, độ dày niêm mạc < 8 mm, mật độ tinh trùng trước lọc rửa < 20 triệu/ml, tuổi của mẹ lớn và thời gian vô sinh lâu là các yếu tố làm giảm tỷ lệ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Medicine, P.**, Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion, in Fertility and sterility. 2020. p. 533-535.
2. **Nguyễn Khắc, L.**, Những điều kiện cần cho sự thụ tinh, in Vô sinh - chẩn đoán và điều trị. 2002, Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
3. **Lê Thị Minh, N.**, Mối liên quan một số chỉ số tinh dịch đồ theo WHO 2010 và tỷ lệ có thai trong điều trị vô sinh bằng bơm tinh trùng vào buồng tử cung. 2016, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Thị Phương, T.**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016. 2017, Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Thị Hằng, N.**, Nghiên cứu kết quả và một số yếu tố liên quan của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện phụ sản Trung ương 2012. 2012, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Hữu, H.**, Kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. 2020, Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Đỗ Văn, T.**, Đánh giá điều trị vô sinh bằng bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện sản nhi Bắc Ninh. 2019, Trường đại học Y Hà Nội.
8. **Ayeleke, R.O., et al.**, Intra-uterine insemination for unexplained subfertility. Cochrane Database Syst Rev, 2020. 3(3): p. Cd001838.
9. **Yousefi, B. and A. Azargon**, Predictive factors of intrauterine insemination success of women with infertility over 10 years. J Pak Med Assoc, 2011. 61(2): p. 165-8.
10. **Phạm Thu, T.**, Nghiên cứu chữa tại vòi tử cung sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung hoặc thụ tinh trong ống nghiệm. 2016, Trường đại học Y Hà Nội.