

ĐIỂM BÁO

Nguyễn Vũ Quốc Huy, Phạm Chí Kông, Trần Mạnh Linh, Lê Minh Tâm

SẢN KHOA VÀ SƠ SINH

Thời gian chuyển dạ tăng trong 50 năm qua

Nguồn: *Am J Obstet Gynecol* 2012; *Advance online publication*

Phụ nữ hôm nay có thời gian chuyển dạ dài hơn so với các thai phụ cách đây 50 năm.

Sarah Laughton (Viện sức khỏe quốc gia, Rockville, Maryland, Mỹ) và đồng nghiệp ở tạp chí Sản Phụ khoa Hoa Kỳ cho rằng mặc dù chưa xác định rõ ràng nguyên nhân của hiện tượng này nhưng những thay đổi trong phương pháp sinh hiện nay có thể là nguyên nhân của thời gian chuyển dạ kéo dài.

Các tác giả đã so sánh dữ liệu ở những trường hợp đơn thai đủ tháng, ngôi đầu, chuyển dạ tự nhiên (n=39.491) trong dự án hợp tác sơ sinh từ năm 1959-1966 với những trường hợp có cùng đặc tính trong dự án chuyển dạ an toàn từ năm 2002-2008.

Laughton và cộng sự nhận thấy rằng thời gian chuyển dạ tăng do tăng thời gian giai đoạn đầu của quá trình chuyển dạ. Kết quả chỉ thấy thời gian giai đoạn đầu tăng 2,6 giờ ở những sản phụ sinh con so và 2,0 giờ ở người sinh con rạ.

Tuổi trung bình của các thai phụ sinh con trong giai đoạn 2002-2008 lớn hơn so với các thai phụ sinh con trong giai đoạn 1959-1966 (26,8 tuổi so với 24,1 tuổi).

Laughton cho rằng “thời gian chuyển dạ ở các thai phụ lớn tuổi có khuynh hướng dài hơn

so với các thai phụ nhỏ tuổi hơn. Tuy nhiên, yếu tố tuổi mẹ không ảnh hưởng đến thời gian chuyển dạ khi đưa vào phân tích thống kê”.

Các thai phụ sinh con trong giai đoạn 2002-2008 có chỉ số khối cơ thể trước mang thai và lúc sinh cao hơn so với các thai phụ sinh con cách đây 50 năm (24,6 so với 22,6 kg/m² và 29,9 vs 26,3 kg/m²). Ngoài ra, trọng lượng con hiện nay tăng hơn 99g so với những bé được sinh ra cách đây 50 năm.

Các nhà nghiên cứu nhận thấy có sự gia tăng đáng kể về gây tê ngoài màng cứng trong hơn 50 năm qua (55% so với 4%). Các tác giả cho rằng giảm đau ngoài màng cứng làm kéo dài thời gian chuyển dạ. Tuy nhiên, điều này cũng không giải thích được cho tất cả các trường hợp.

Oxytocin hiện nay cũng được sử dụng phổ biến hơn (31% so với 12%). Oxytocin thường được cho để thúc đẩy chuyển dạ. Laughton giải thích “Nếu không có oxytocin, thời gian chuyển dạ hiện nay thậm chí kéo dài hơn so với những gì chúng ta ghi nhận”.

Một số khác biệt khác trong giai đoạn hai của chuyển dạ là giảm tỉ lệ cắt tầng sinh môn trong thực hành sản khoa hiện nay (12% so với 68%) cũng như sử dụng forcep (6% so với 40%).

Ngoài ra, Laughton và cộng sự nhận thấy rằng tỉ lệ mổ lấy thai hiện nay cao gấp 4 lần so với 50 năm trước đây.

Sau khi điều chỉnh các đặc điểm của mẹ trong phân tích thống kê, thời gian chuyển dạ hiện nay vẫn kéo dài hơn so với trước đây. Các tác giả viết rằng “điều này phần lớn do những thay đổi trong thực hành sản khoa hiện nay”.

Các tác giả kết luận rằng “chúng ta chưa hiểu hoàn toàn các yếu tố góp phần làm cho thời gian chuyển dạ hiện nay kéo dài hơn. Điều quan trọng cần phải nhận thức được rằng là thời gian chuyển dạ hiện nay kéo dài hơn và cần phải tái xem xét cẩn thận việc can thiệp thường quy như sử dụng oxytocin và thời điểm mổ lấy thai”.

Lợi ích của khởi phát chuyển dạ chọn lọc cao hơn so với nguy cơ

Nguồn: BMJ 2012; 344: e2838

Các nhà nghiên cứu đã đăng trên tạp chí British Medical Journal rằng khởi phát chuyển dạ chọn lọc ở thai kỳ đủ tháng làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong chu sinh mà không làm tăng nguy cơ sinh thủ thuật.

Sarah Stock (Đại học Edinburgh, Anh) và đồng nghiệp nhận thấy rằng tỉ lệ thai lưu và tử vong chu sinh giảm một cách đáng kể khi chuyển dạ được khởi phát ở tuần thứ 40 so với việc theo dõi thai kỳ thêm (điều trị bảo tồn). Tương tự như vậy, chuyển dạ tự nhiên, khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai ở những trường hợp trên 40 tuần cũng làm giảm đáng kể tỉ lệ thai lưu và tử vong chu sinh.

Tuy nhiên, tỉ lệ nhập vào đơn vị chăm sóc sơ sinh cao hơn một ít ở những trường hợp khởi phát chuyển dạ so với điều trị bảo tồn.

Stock bàn luận rằng “thầy thuốc nên thảo luận với thai phụ và cần có sự đồng ý của họ khi khởi phát chuyển dạ ở thời điểm thai 40 tuần. Và cũng cần thông báo với các thai phụ về sự gia tăng (mặc dù ít) nguy cơ theo dõi trẻ ở đơn vị chăm sóc sơ sinh”.

Stock và cộng sự đã đánh giá các kết quả về mẹ và con ở 1.271.549 trường hợp đơn thai được khởi phát chuyển dạ (không ghi nhận về chỉ định khởi phát) ở tuần 37, 38,

39, 40 và 41 so với các trường hợp được điều trị bảo tồn.

Khởi phát chuyển dạ chọn lọc liên quan với giảm nguy cơ tử vong chu sinh so với điều trị bảo tồn. Tỉ lệ tử vong chu sinh ở nhóm khởi phát chuyển dạ là 0,08% so với 0,18% ở nhóm điều trị bảo tồn, tương ứng với tỉ suất chênh lệch chỉnh là 0,39%.

Giảm tỉ lệ tử vong chu sinh ở nhóm khởi phát chuyển dạ chọn lọc không liên quan với giảm khả năng sinh ngôi đầu tự nhiên ở tuần thứ 40 (79,9% so với 73,3% trong nhóm điều trị bảo tồn), tương đương với tỉ suất chênh lệch chỉnh là 1,26.

Tuy nhiên, tỉ lệ trẻ nhập vào đơn vị chăm sóc sơ sinh tăng đáng kể trong nhóm khởi phát chuyển dạ chọn lọc đối với tất cả các thai kỳ <41 tuần. Tỉ lệ trẻ nhập vào đơn vị chăm sóc sơ sinh ở nhóm được khởi phát chuyển dạ chọn lọc ở tuần thứ 40 là 8,0% so với 7,3% ở nhóm điều trị bảo tồn, tương đương với tỉ suất thô đã hiệu chỉnh là 1,14.

Stock nhấn mạnh rằng các kết quả này không phải là lý do để khởi phát chuyển dạ ở tất cả các trường hợp thai 40 tuần.

Tác giả này nói “Các bác sĩ lo lắng việc khởi phát chuyển dạ trước 41 tuần ở sản phụ khỏe mạnh sẽ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai ở các trường hợp trên 39 tuần”.

“Mặc dù cần có thêm những nghiên cứu, nhưng nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ cho mẹ và con khi khởi phát chuyển dạ ở thời điểm quanh 40 tuần thấp hơn chúng ta nghĩ và các lợi ích có thể cao hơn”.

Thai kỳ sau siêu âm tập trung cường độ cao

Nguồn: Qin J, et al. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;117:273-7.

Kết quả các nghiên cứu mới đây cho thấy việc có thai trong vòng 01 năm sau cắt u xơ tử cung bằng sóng siêu âm tập trung cường độ cao là an toàn và kỹ thuật này không có

tác động đến các lần có thai sau.

Các chuyên gia từ Đại học Y khoa Chongqing, Trung Quốc đã đưa ra các bằng chứng tích lũy liên quan đến các tác động ngắn hạn của sóng siêu âm tập trung cường độ cao đến sự an toàn của thai kỳ cũng như các hậu quả của nó.

Kỹ thuật này ngày càng được sử dụng phổ biến ở Trung Quốc trong điều trị u xơ tử cung nhưng người ta biết rất ít về tác động của nó đến khả năng sinh sản và hậu quả của thai kỳ. Các phụ nữ được thực hiện kỹ thuật này thường không có dự định sinh con trong tương lai gần và thường được khuyên sử dụng bao cao su để ngừa thai trong năm đầu sau phẫu thuật. Tuy nhiên, thai kỳ không mong muốn vẫn xảy ra.

Trong nghiên cứu mới đây đăng tải trên Tạp chí Sản Phụ khoa Quốc tế, các chuyên gia đã phân tích hồi cứu 435 trường hợp được thực hiện kỹ thuật này tại Trung tâm Y khoa của Đại học trong giai đoạn 3 năm (2006-2009).

Trong số các trường hợp này, 24 phụ nữ có thai không mong muốn trong vòng 01 năm sau phẫu thuật và trên một nửa trường hợp là có thai trong 3-6 tháng sau thủ thuật.

07 trường hợp giữ thai và không có biến chứng. 3 trong số 7 trường hợp này có thai trong vòng 3 tháng đầu sau thủ thuật. Tất cả các trường hợp này đều yêu cầu mổ lấy thai. Các nhà nghiên cứu cho rằng các dấu hiệu này cho thấy sóng siêu âm tập trung cường độ cao trong cắt u xơ tử cung không có tác động rõ ràng đến khả năng sinh sản hay chuyển dạ.

Trong số 17 trường hợp còn lại, 02 phụ nữ bị sảy thai tự nhiên và 15 trường hợp xin phá thai. Không có trường hợp nào vỡ tử cung, sảy thai không trọn hay nhiễm trùng.

Các tác giả cho rằng “việc có thai trong vòng 01 năm sau cắt u xơ tử cung bằng sóng siêu âm tập trung cường độ cao là an toàn. Việc lựa chọn tiếp tục hay chấm dứt thai kỳ phụ thuộc vào các yếu tố xã

hội hay sản khoa chứ không liên quan đến thủ thuật”.

Tuy nhiên, các tác giả cũng cho rằng cần có thêm nhiều dữ liệu từ các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn để xác định chính xác tác động của việc sử dụng sóng siêu âm tập trung cường độ cao trong điều trị u xơ tử cung lên các thai kỳ không mong muốn.

PHỤ KHOA VÀ UNG THƯ

Lợi ích của vaccin HPV ở những bệnh nhân có bệnh lý cổ tử cung

Nguồn: BMJ 2012; 344: e1401

BMJ cho rằng: Những phụ nữ được chẩn đoán có các tổn thương tiền ung thư sau khi tiêm vaccin HPV nhận thấy có sự giảm có ý nghĩa nguy cơ tái phát bệnh lý.

Theo nhóm tác giả, vaccin HPV không có giá trị ngăn ngừa tiến triển của bệnh lý ở những phụ nữ bị nhiễm HPV ngay tại thời điểm tiêm phòng, nhưng vaccin HPV lại mang đến những lợi ích đáng kể cho các bệnh lý phát triển liên quan đến HPV sau đó

Elmar Joura (Đại học Y khoa Vienna, Austria) và cộng sự đã xác định Vaccin tứ giá HPV có hiệu quả lên nguy cơ phát triển bệnh sau khi phẫu thuật loạn sản trong biểu mô cổ tử cung (CIN), các u nhú sinh dục, loạn sản trong biểu mô âm đạo, âm hộ.

Phân tích hồi cứu bao gồm dữ liệu thông tin từ 2 thử nghiệm quốc tế về hiệu quả của Vaccin tứ giá HPV: Protocol 013 (Females United To Unilaterally Reduce Endo/Ectocervical disease [FUTURE]) và protocol 015 (FUTURE II).

Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trong 17.622 phụ nữ tuổi từ 15 – 26 nhận vaccin và giả được theo tỷ lệ 1:1, trong đó 2054 trường hợp được phẫu thuật cổ tử cung hoặc được chẩn đoán do các u nhú sinh dục, các loạn sản trong biểu mô Âm hộ, Âm đạo.

Những người được tiêm phòng vaccin tứ giá HPV theo liệu trình 3 liều hoặc giả được

vào các ngày: thứ 1, tháng thứ 2 và tháng thứ 6.

Ở những bệnh nhân đã được phẫu thuật cổ tử cung trong nghiên cứu, nguy cơ tiến triển bệnh lý liên quan đến HPV có tỷ lệ 6,6/100 trường hợp/năm trong 587 trường hợp đã tiêm vaccin HPV. Với 763 bệnh nhân nhận giả dược, thì nguy cơ là 12,2/100 trường hợp/năm. Điều này cho thấy, nhóm nhận vaccin đã giảm nguy cơ mắc các bệnh liên quan HPV khoảng 46,2%.

Sử dụng vaccin giúp giảm nguy cơ đối với những trường hợp bệnh lý cổ tử cung nguy cơ cao khoảng 64,9%.

Một nghiên cứu tiến cứu trên những bệnh nhân đã được chẩn đoán u nhú sinh dục, loạn sản trong biểu mô Âm hộ, Âm đạo bao gồm 229 bệnh nhân nhận vaccin, 475 nhận giả dược thì kết quả là tỷ lệ mắc các bệnh lý liên quan đến HPV theo mỗi nhóm là 20,1 trường hợp và 31,0 trường hợp trong 100 phụ nữ/năm.

Các tác giả lưu ý rằng kết quả cho thấy nhóm nhận vaccin giảm 35,2% các bệnh lý liên quan đến HPV sau khi chẩn đoán và điều trị các bệnh lý âm hộ âm đạo.

Các tác giả đề nghị: “Chỉ có các giám sát dài hạn mới có thể đánh giá được hiệu quả của vaccin trong cộng đồng. Những chương trình cần cho theo dõi tính an toàn và kết quả của vaccin HPV đến kết quả bệnh tại chỗ”.

Tác giả Kim cho biết thêm: “Khi mà bằng chứng về hiệu quả và hiệu lực của vaccin HPV được tiếp tục tiến hành, các thông điệp rõ ràng về các thuộc tính nổi bật của những vaccin HPV - những thông tin cụ thể về nơi mà những bằng chứng được khẳng định, nơi chưa được khẳng định chắc chắn - là rất quan trọng”.

Phẫu thuật ung thư cổ tử cung và bảo tồn khả năng sinh sản

Nguyên: Raju SK, et al. Int J Gynecol Cancer. 2012. DOI: 10.1097/IGC.0b013e3182370f51.

Trong một nghiên cứu ở Anh gần đây được công bố trên tạp chí quốc tế về Ung thư phụ khoa, các nhà nghiên cứu đã tìm ra rằng những phụ nữ đã được phẫu thuật điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm, khả năng sinh sản có thể được bảo tồn và kết quả tốt về phương diện ung thư thông qua các kỹ thuật phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản.

Theo truyền thống, những trường hợp ung thư cổ tử cung ở giai đoạn sớm được điều trị bằng cắt tử cung triệt để và vét hạch chậu, và những phụ nữ này đương nhiên là mất khả năng sinh sản. Hiện nay, phương pháp phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản ngày càng được lựa chọn. Đặc biệt khi mà những chẩn đoán ung thư cổ tử cung ngày càng gia tăng ở những phụ nữ trẻ hơn, là những người luôn mong muốn duy trì khả năng sinh sản và lập gia đình sau này.

Với những khối u kích thước nhỏ, giai đoạn sớm, phương pháp bảo tồn được lựa chọn là khoét chóp, nhưng khả năng sinh sản được bảo tồn đồng thời với khả năng tái phát khối u?

Phương pháp đưa ra điều trị hiệu quả các trường hợp ung thư cổ tử cung trong khi vẫn duy trì khả năng sinh sản là cắt bỏ triệt để cổ tử cung, tiến hành qua đường bụng hoặc đường âm đạo. Các tác giả trong nghiên cứu đã đưa ra các phát hiện khi tiếp cận phương pháp phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản cho 66 phụ nữ bị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm bằng đường âm đạo trong vòng 15 năm.

Những phụ nữ được chia làm 2 nhóm, nhóm nguy cơ cao và nhóm nguy cơ thấp, phụ thuộc vào kích thước khối u (< 1 cm hoặc < 2.5 cm), cho dù có hay không có các can thiệp vào hệ bạch mạch và phân độ biệt hóa là 1,2 hay 3. Những phụ nữ nhóm nguy cơ thấp được phẫu thuật cắt cổ tử cung đơn giản đường âm đạo (gồm 15 trường hợp) trong đó nhóm nguy cơ cao được tiến hành cắt cổ tử cung triệt để (gồm 51 trường hợp). Phẫu thuật cắt cổ tử cung đơn giản khi chỉ cắt bỏ duy nhất cổ tử cung. Tất cả các trường

hợp đều được lấy hạch ổ chậu.

Sau khi phẫu thuật, không còn các tổn thương ung thư được phát hiện trong 53% các trường hợp được cắt cổ tử cung đơn giản đường âm đạo và 29% trong nhóm cắt cổ tử cung triệt để đường âm đạo. Đối với nhóm còn tồn tại ung thư, phẫu thuật thực hiện trong tất cả các trường hợp được phẫu thuật đơn giản và 94% trong nhóm phẫu thuật triệt để.

Di căn hạch dương tính trong 2 trường hợp trong nhóm phẫu thuật triệt để. 1 trường hợp đã không đồng ý điều trị hỗ trợ cho đến khi thu nhận trứng. Sau đó, bệnh nhân đã tử vong. 1 trường hợp tái phát ung thư tại âm đạo. Thời gian theo dõi trung bình là 96 tháng.

Các nhà nghiên cứu lưu ý cho đến nay, 24 phụ nữ đã thị thai, 14 trường hợp đã sinh được 17 em bé: tỷ lệ sinh sống là 70,8%. Các tác giả kết luận rằng trong ung thư cổ tử cung một số bệnh nhân cụ thể được đánh giá đo lường đặc biệt, yếu tố nguy cơ thấp có thể được lựa chọn phẫu thuật ít triệt để, bảo tồn được khả năng sinh sản. Bằng cách này, tỷ lệ bệnh tật liên quan đến cắt cổ tử cung truyền thống (đường bụng), triệt để đường âm đạo có thể tránh được.

Các nhà nghiên cứu nhấn mạnh “tiêu chí lựa chọn có thể được thiết lập và áp dụng trong các trung tâm ung thư”, quyết định phương pháp ít triệt để dựa vào kinh nghiệm của nhiều chuyên gia bao gồm chuyên gia bệnh học phụ khoa ung thư, chuyên gia X quang và phẫu thuật viên.

U nang buồng trứng đơn thuần sau mãn kinh

Nguồn: Sarkar M, et al. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2012;162:75-8.

Một nghiên cứu mới đây tìm thấy rằng hầu hết những trường hợp u nang buồng trứng đơn thuần ở những phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ ác tính thấp.

Trong một công bố trên tạp chí Sản Phụ khoa Châu Âu và sinh lý Sinh sản, các nhà nghiên cứu từ trung tâm Chennai, Ấn Độ và Hartford, Connecticut, Mỹ đã báo cáo dựa trên những quan sát tiến triển tự nhiên của những trường hợp u nang buồng trứng đơn thuần ở những phụ nữ sau mãn kinh.

Dữ liệu dịch tễ cho thấy 3 – 15% nhưng phụ nữ sau mãn kinh có u nang buồng trứng đơn thuần. Vì vậy những hiểu biết về nguy cơ chuyển sang ác tính của nhóm này là rất quan trọng.

Trong nghiên cứu, hồi cứu 314 phụ nữ sau mãn kinh được chẩn đoán u nang buồng trứng đơn thuần bằng siêu âm tại Bệnh viện St Francis và Trung tâm Y khoa Hartford trong thời gian từ tháng 1/1997 đến tháng 4/2010. Thời gian theo dõi trung bình là 26,5 tháng, với khoảng 3 tuần đến 156 tháng (13 năm).

“Sau mãn kinh” được định nghĩa là không hành kinh trong khoảng thời gian tối thiểu 12 tháng liên tục trước đó. U nang buồng trứng đơn thuần được định nghĩa là một nang rỗng âm với bờ nang nhẵn, không vách ngăn, không có vùng đặc hoặc chồi nhú trong lòng nang.

Trong thời gian theo dõi, có 314 bệnh nhân trong số 378 trường hợp có u nang buồng trứng đơn thuần, 175 trường hợp (46,3%) u nang thoái triển tự nhiên và 166 trường hợp (43,9%) u nang tồn tại.

Trong số 37 trường hợp tồn tại, 30 trường hợp (chiếm 7,9% trong tổng số) trở thành khối u phức hợp, 4 trường hợp (1%) tăng kích thước có ý nghĩa, 1 trường hợp (0,3%) giảm kích thước có ý nghĩa nhưng không thoái triển và 2 trường hợp (0,5%) từ u nang đơn thuần chuyển sang dạng phức hợp và tiến triển ngược lại nang dạng đơn thuần.

Về kết quả giải phẫu bệnh của 14 u nang buồng trứng trong 12 trường hợp được phẫu thuật, đa số các trường hợp kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán là nang thanh dịch (gặp ở 9/14 u nang). Các chẩn đoán khác bao gồm nang nhầy, u dạng xo, u nang

bì, nang viêm phần phụ.

Trong kết luận của dữ liệu, các nhà nghiên cứu lưu ý rằng hạn chế là mất dấu trong quá trình theo dõi (gần 50% trường hợp).

Mặc dù vậy, kết luận đưa ra là “Nghiên cứu này và các tài liệu cho thấy u nang buồng trứng đơn thuần trong giai đoạn mãn kinh rất hiếm khi tiến triển thành ung thư và có thể cho phép theo dõi”.

VÔ SINH

Thủy tinh hóa noãn được ghi nhận “hiệu quả và an toàn” trong một nghiên cứu thuần tập

Nguồn: Rienzi L, Cobo A, Paffoni A, et al. Consistent and predictable delivery rates after oocyte vitrification: an observational longitudinal cohort multicentric study. Hum Reprod 2012; doi:10.1093/humrep/des088.

Nghiên cứu mới đây trong Human Reproduction nhận thấy việc trữ lạnh noãn bằng phương pháp thủy tinh hóa có tỷ lệ sinh tương tự như trữ lạnh phôi; trong số các yếu tố tiên lượng đến tỷ lệ sinh này, quan trọng nhất là tuổi mẹ và số noãn được thủy tinh hóa.

Mặc dù Hiệp hội y học sinh sản Hoa Kỳ (ASRM) vẫn xem là “thực nghiệm”, trữ lạnh noãn bằng phương pháp thủy tinh hóa đã có một bước tiến lớn với một báo cáo khẳng định tính hiệu quả và an toàn [1]

Nghiên cứu quan sát ở 3 trung tâm gồm hai nhóm từ Rome và Valencia và đây là những trung tâm hàng đầu trên thế giới về kỹ thuật trữ lạnh nổi trội này; họ cho rằng đây là một phương pháp quan trọng trong bảo tồn khả năng sinh sản, làm ngân hàng noãn cho những trường hợp cho noãn, trì hoãn việc mang thai vì lý do xã hội. Những người nghiên cứu tự tin cho rằng “Phương pháp này nên được áp dụng thường quy với các chỉ định khác nhau”.

Nghiên cứu mô tả 486 chu kỳ thực hiện trên 450 cặp vợ chồng chọn ngẫu nhiên ở

Rome, Milan và Valencia, trong số đó có 2721 noãn đã được thủy tinh hóa và rã đông và 2304 còn sống, tỷ lệ sống noãn 84.7%. Trong số các noãn sống, 2182 được ICSI, với tỷ lệ thụ tinh 75.2% và tỷ lệ phát triển thành phôi chất lượng cao là 48.1%. Kết quả điều trị có 128 trường hợp sinh (26.3% mỗi chu kỳ và 29.4% mỗi lần chuyển phôi) trên 450 cặp vợ chồng. Tỷ lệ sống, thụ tinh phát triển thai kỳ tương tự như trong trường hợp trữ lạnh phôi. Điều này cho thấy thủy tinh hóa noãn hiện nay có thể xem là một phương pháp chọn lựa (đặc biệt ở những nước luật chưa cho phép trữ phôi).

Từ kết luận của nghiên cứu, tương đồng giữa ba trung tâm, các tác giả cho rằng thủy tinh hóa noãn là một phương pháp trữ lạnh “an toàn và hiệu quả”. Họ nói thêm, kết quả này “có thể tác động đến chiến lược áp dụng không chỉ trong điều trị vô sinh, mà còn trong bảo tồn khả năng sinh sản, cho các chỉ định cả y khoa và xã hội và có thể áp dụng cho một phạm vi lớn các bệnh nhân khác nhau”.

Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu tự nhận thấy rằng “việc trữ lạnh bằng thủy tinh hóa chưa được chấp nhận rộng rãi”. Hướng dẫn của ASRM (2007, và vì thế rõ ràng đã quá hạn) nghi ngờ về tính an toàn (nguy cơ cho thai vô sắc trong giảm phân), dữ liệu lâm sàng so sánh hạn chế và không có phác đồ chuẩn [2]

Mới đây, một bài tổng quan ở Hoa Kỳ về bảo tồn khả năng sinh sản đã cho rằng “trữ lạnh noãn vẫn còn... được áp dụng trong thực hành ở các trung tâm trong nước” nhưng không phải là phương pháp tiết kiệm nhất, ít nhất cho đến tuổi 35.[3]

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy những bài tổng quan như thế là thận trọng quá mức. Hai trong số các nhà nghiên cứu, Cobo và Rienzi, báo cáo kết quả lâm sàng của ngân hàng noãn và thai kỳ thấy rằng chu kỳ với noãn trữ lạnh không xấu hơn với noãn tươi [4,5] Hơn nữa, nghiên cứu này

cho kết quả có thể “ứng dụng” ở nhiều trung tâm khác. Tỷ lệ có thai và sinh trong trường hợp chuyển phôi giai đoạn phân chia trong nghiên cứu này cũng tương tự.

Khả năng áp dụng của kết quả nghiên cứu này khiến các nhà nghiên cứu mô tả là “thông tin quan trọng nhất” của nghiên cứu như là một giá trị dự báo của yếu tố tiên lượng nào đó. Có thể ghi nhận trong số đó là tuổi mẹ; tỷ lệ sinh giảm 7% mỗi năm theo tuổi mẹ. Điều quan trọng nữa là số noãn trưởng thành được thủy tinh hóa; tỷ lệ sinh tăng gấp đôi (từ 22.6% đến 46.4%) khi số noãn trữ lạnh trên 8. Với số noãn trên 8, tỷ lệ sinh cũng cao hơn khi cấy phôi đến ngày 5.

Tuy nhiên, các thông số khác như phác đồ kích thích buồng trứng, thời gian ủ từ khi chọc hút noãn đến khi thủy tinh hóa, chất lượng tinh trùng không liên quan đến kết quả.

Vì thế, các nhà nghiên cứu kết luận rằng những phụ nữ trẻ dưới 39 tuổi, với trên 8 noãn trưởng thành được trữ lạnh sẽ có cơ hội cao nhất về tỷ lệ sinh. Việc chuyển phôi giai đoạn phôi nang ở những phụ nữ này làm tăng cơ hội thành công và lựa chọn bệnh nhân phù hợp nhất cho việc áp dụng phương pháp quan trọng này.

Phân tích chuyển hóa có cải thiện TTTON?

Nguồn: Wallace M, et al. Fertility and Sterility. 2012;97:1078-84.

Phân tích các chất chuyển hóa trong dịch nang có thể tối ưu hóa việc chọn các noãn và phôi trong TTTON và cải thiện kết quả, một nghiên cứu được công bố mới đây ghi nhận.

Việc đánh giá noãn và khả năng phát triển của phôi chính xác, không xâm lấn và ít tổn kém giúp các nhà lâm sàng đạt được tỷ lệ có thai cao hơn với chuyển đơn phôi.

Trong một bài báo mới xuất bản trên tạp chí Fertility and Sterility, các nhà chuyên khoa từ các trung tâm ở Dublin, Ireland, báo cáo kết quả nghiên cứu của họ trong

thăm dò mối liên quan giữa các chất chuyển hóa của dịch nang, khả năng phát triển của noãn/phôi và kết quả làm tổ.

Nghiên cứu tương đối nhỏ, ở 58 phụ nữ được điều trị TTTON (chuyển một, hai hay ba phôi) ở một trung tâm sinh sản tư nhân. Dịch nang noãn lấy khi chọc hút noãn và phân tích bằng quang phổ cộng hưởng từ hạt nhân.

Đầu tiên, các nhà nghiên cứu khảo sát mối liên hệ giữa các chất chuyển hóa của dịch nang và khả năng phát triển của noãn, dựa trên số noãn bào giai đoạn phân cắt sớm. Nói chung chia làm 4 nhóm khác nhau: noãn thụ tinh không phân chia (9 mẫu), phôi hai tế bào (18 mẫu), phôi 3 tế bào (12 mẫu), và phôi bốn hoặc năm tế bào (31 mẫu).

Các nhà nghiên cứu phân tích mô hình thống kê mạnh nhất khi so sánh nhóm không phân cắt với nhóm phôi hai tế bào. Kết quả cho thấy sự không phân cắt của noãn bào liên quan chặt với:

- Nồng độ thấp lactate và choline/phosphocholine.
- Nồng độ cao glucose và high-density lipoprotein (HDL).

Để khảo sát mối liên hệ giữa các chất chuyển hóa của dịch nang và kết quả làm tổ, các nhà nghiên cứu chú trọng đến các phôi chuyển vào tử cung. Họ so sánh hai nhóm phụ nữ: 10 người có test thai dương tính và 27 người có test thai âm tính.

Các nhà nghiên cứu nhận thấy dịch nang trong nhóm có test thai dương tính có nồng độ thấp glucose, nồng độ cao proline, lactate, leucine và isoleucine. Diện tích dưới đường cong (AUC), 0.733, khi phân tích đường cong (ROC) chỉ ra rằng “sự kết hợp các chất chỉ điểm sinh học có khả năng dự đoán cao kết quả thai kỳ”.

Để kết luận, các nhà nghiên cứu cho rằng: “nghiên cứu này chứng minh lần đầu tiên sự khác biệt về các chất chuyển hóa trong dịch nang liên quan đến khả năng phát triển của noãn bào người”

Họ công nhận một vài hạn chế của

ngiên cứu, bao gồm cỡ mẫu nhỏ, nhưng cũng đã gợi ý rằng việc phân tích các dữ liệu chất chuyển hóa nên trở thành một kỹ thuật quan trọng trong tương lai trong việc chọn lựa giao tử/phôi.

Khả năng có thai tự nhiên sau điều trị TTTON

Nguồn: Troude P, Bailly E, Guibert J, et al. Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization, Fertility and Sterility 2012; doi:10.1016/j.fertnstert.2012.03.058.

Một nghiên cứu theo dõi trong 9 năm công bố mới đây cho thấy trong số những cặp vợ chồng điều trị TTTON thành công, tỷ lệ có thai tự nhiên tổng cộng là 17%, và trong số cặp vợ chồng điều trị không thành công, tỷ lệ có thai tổng là 24%.

Một quyết định khó khăn thường gặp đối với các cặp vợ chồng vô sinh là điều trị hay chờ đợi. Câu hỏi này luôn được giải quyết bằng chẩn đoán và tiên lượng, dựa vào tuổi người vợ và thông số tinh trùng của người chồng.

Một số vấn đề gây tranh cãi gần đây liên quan đến độ chính xác của các test khảo sát dự trữ buồng trứng giúp tạo mô hình tiên lượng hơn là mô hình chẩn đoán. Thật sự, tiếp cận xem và chờ đợi đối với vô sinh – “xử trí theo dõi” – là rất phức tạp về khả năng có thai trong bối cảnh chẩn đoán. Người nam có mật độ tinh trùng thấp chẳng hạn hoặc người nữ bị tắc vòi tử cung không thể có thai được trừ khi được điều trị bằng thuốc hay phẫu thuật.

Mặt khác, có các nghiên cứu thể hiện ưu điểm của xử trí chờ đợi có chọn lọc ở những trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân đặc biệt là khi người phụ nữ dưới 35 tuổi và không có cản trở nào vào đồng hồ sinh học. Dựa trên những nghiên cứu như thế này, hướng dẫn của Hà Lan trong điều trị vô sinh khuyến cáo những cặp vợ chồng nào có khoảng 30% cơ hội có thai tự nhiên trong vòng 12 tháng đến nên được “điều trị” bằng

cách xử trí theo dõi.

Mặc dù cơ hội có thai tự nhiên có thể tính dựa trên cơ sở mô hình dự đoán, chỉ có một ít dữ liệu thực tế cuộc sống chỉ ra khả năng tiếp cận chờ đợi và xem. Đây là lý do chính tại sao một vài cơ sở - và bệnh nhân - ưu tiên chọn phương pháp điều trị chủ động hơn. Một bài tổng quan Cochrane mới đây về vô sinh không rõ nguyên nhân đã báo cáo: “Do sự thiếu dữ liệu thống kê từ [thử nghiệm ngẫu nhiên] hiệu quả của TTTON đối với vô sinh không rõ nguyên nhân so với xử trí chờ đợi, dùng clomiphene citrate và IUI đơn thuần vẫn chưa được chứng minh.”[1]

Hiện nay, một nghiên cứu theo dõi trong thời gian dài ở Pháp gợi ý rằng những cặp vợ chồng hiếm muộn, khi được điều trị TTTON, vẫn có cơ hội nhất định có thai tự nhiên, thậm chí nếu chu kỳ điều trị trước đó không thành công.[2] Nghiên cứu được thực hiện ở DAIFI (Hiệu quả sau bắt đầu điều trị TTTON), hồi cứu 2,321 cặp vợ chồng bắt đầu điều trị TTTON từ năm 2000 đến 2002 ở một trong 8 trung tâm TTTON ở Pháp tham gia vào.

Kết quả cho thấy tỷ lệ tổng có thai tự nhiên là 17% trong số những người đã điều trị thành công và 24% những cặp điều trị không thành công. Trong số những trường hợp điều trị thất bại, 60% có thai tự nhiên trong vòng 2 năm sau lần chuyển phôi TTTON cuối cùng, nghĩa là thai kỳ là lý do họ ngừng việc điều trị “không thành công”. Trong số những cặp vợ chồng điều trị thành công, 58% thai kỳ xảy ra vào năm thứ ba và thứ tư sau lần sinh của thai kỳ TTTON.

Điều không có gì ngạc nhiên, khả năng có thai tự nhiên giảm đi khi tuổi mẹ tăng lên, nhưng nó cao hơn ở những người vô sinh không rõ nguyên nhân và thấp hơn ở những trường hợp vô sinh do yếu tố nam. Vì vậy, trong số những cặp vợ chồng thất bại điều trị, nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ có thai tự nhiên 32% ở những trường hợp vô sinh

không rõ nguyên nhân, tỷ lệ này không quá khác biệt so với các nghiên cứu khác.

Trong số (tương đối ít) những cặp vợ chồng có yếu tố tiên lượng tốt nhất có thai tự nhiên – vô sinh không rõ nguyên nhân, tuổi mẹ dưới 35 và thời gian mong con dưới 5 năm) – tỷ lệ có thai đạt đến 57%. Một nghiên cứu ở Hà Lan về lý do vì sao các cặp vợ chồng bỏ trị TTTON cũng ghi nhận tỷ lệ có thai tự nhiên chiếm phần lớn các trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân và người dưới 35 tuổi.[3]

Vấn đề đặt ra với kết quả này là thai kỳ xảy ra sau một thời gian (đến 9 năm) và dĩ nhiên vẫn còn một số cặp vợ chồng vẫn không có thai. Chẳng hạn, các nhà nghiên cứu tính rằng, nếu để một cặp vợ chồng thất bại điều trị có tỷ lệ có thai cộng dồn 24%, họ phải mất trung bình 6 năm chờ đợi. Nghĩa là khả năng có thai mỗi tháng rất thấp chỉ quanh 0.44%,

trong khi đó với cộng đồng chung khỏe mạnh, tỷ lệ này là 25%.

Tuy nhiên, tác giả cũng động viên rằng: “Kết quả của chúng tôi mang lại hy vọng cho những cặp vợ chồng đã được điều trị TTTON, đặc biệt những trường hợp trẻ tuổi chưa thành công vì vô sinh không rõ nguyên nhân.”

1. Pandian Z, Gibreel A, Bhattacharya S. In vitro fertilisation for unexplained subfertility. Cochrane Database of Systematic Review; 2012 Apr 18; 4: CD003357.

2. Troude P, Bailly E, Guibert J, et al. Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization, Fertility and Sterility 2012; doi:10.1016/j.fertnstert.2012.03.058.

3. Van Dongen AJ, Verhagen TE, Dumoulin JC, et al. Reasons for dropping out from a waiting list for in vitro fertilization. Fertility and Sterility 2009; 94: 1713–1716.