

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH – HIẾM MUỘN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) TẠI THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

¹Đỗ Thị Hồng Hải, ¹Lê Thanh Tùng

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 30 chu kỳ bơm IUI của các cặp vợ chồng vô sinh – hiếm muộn do nguyên nhân tại cổ tử cung, do thiếu tinh trùng, do không rõ nguyên nhân trong thời gian từ tháng 9/2016 – 6/2017 tại Phòng khám 144 Song Hào - Nam Định. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người vợ là $29,1 \pm 3,7$; Tuổi trung bình của người chồng là $32,5 \pm 4,46$; Thời gian vô sinh trung bình là $3,3 \pm 1,8$ (năm); Nguyên

nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất: 80%; Chu kỳ tự nhiên không tiêm hCG chiếm tỷ lệ cao 73,3%; Độ dày niêm mạc tử cung của đối tượng từ 8-10 (mm) chiếm tỷ lệ cao 56,7%; Tỷ lệ có thai sinh hóa cũng như có thai lâm sàng chiếm 13,3%.

Kết luận: Điều trị 30 chu kỳ cho các cặp vợ chồng vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại thành phố Nam Định cho kết quả tỷ lệ có thai sinh hóa cũng như có thai lâm sàng chiếm tỷ lệ 13,3%.

Từ khóa: Vô sinh, Bơm tinh trùng vào buồng tử cung, có thai

RESULT OF INTRA-UTERINE INSEMINATION (IUI) IN THE TREATMENT FOR INFERTILE COUPLES IN NAM DINH CITY

ABSTRACT

Objective: To assess the result of treatment for infertile couples by IUI in the city of Nam Dinh. **Method:** Descriptive study of cross section thirty IUI cycle of infertile couples - infertility due to cervical causes, lack of sperm, unknown cause during September 2016 June 2017 at 144 Song Hao - Nam Dinh. **Results:** The average age of the wife is 29.1 ± 3.7 . The mean age of the husband was 32.5 ± 4.46 ; Average mean birth defect was 3.3 ± 1.8 (years); Causes of sterility due to weak sperm, less, deformity accounts for the highest rate: 80%; The

hCG-free period was high with 73.3%. The thickness of the uterus of the subjects was 8-10 (mm), accounting for 56.7%, the prevalence of biochemical abnormalities pregnant clinical accounted for 13.3%.

Conclusion: Treatment of infertile couples by IUI in Nam Dinh city resulted in a prevalence of biochemical pregnancy such as clinical pregnancy accounted for 13.3%.

Key words: infertility, IUI, pregnancy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO 2000), 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. Nguyên nhân gây vô sinh - hiếm muộn khá phức tạp. Thống kê cho thấy nguyên nhân vô sinh - hiếm muộn

Người chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Hồng Hải
Email: dohonghai1979@gmail.com
Ngày phản biện: 20/01/2018
Ngày duyệt bài: 22/02/2018
Ngày xuất bản: 14/03/2018

do nữ thường chiếm khoảng 35 - 40%, do nam chiếm 30%, 20% do cả hai vợ chồng, 10 - 15% còn lại không rõ nguyên nhân. Thủ tinh nhân tạo bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intra-uterine insemination - IUI) là phương pháp điều trị vô sinh - hiếm muộn đầu tay và được áp dụng phổ biến nhất. Cùng với sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, việc sử dụng tinh trùng đã qua lọc, rửa và kích hoạt đã trở thành tiêu chuẩn điều trị trong IUI từ những năm đầu thập kỷ 80.

Ở Việt Nam, tỷ lệ thành công của IUI đạt khoảng 20%. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công. Trên địa bàn tỉnh Nam Định cho đến nay chưa có thống kê về tình trạng vô sinh-hiếm muộn ở các cặp vợ chồng, bên cạnh đó là sự thiếu hụt các báo cáo về hiệu quả của phương pháp IUI. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “Kết quả điều trị vô sinh - hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định” với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh – hiếm muộn do nguyên nhân tại cổ tử cung, do thiếu tinh trùng, do không rõ nguyên nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh - hiếm muộn đáp ứng các tiêu chuẩn: có ít nhất 1 ống dẫn trứng thông, buồng trứng còn hoạt động, tinh trùng bình thường, thiếu nặng nhẹ hoặc vừa. Đồng ý thực hiện kỹ thuật điều trị IUI và sử dụng kích thích phóng noãn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh-hiếm muộn có các biểu hiện sau: người bệnh không hội đủ các điều kiện của các tiêu chuẩn chọn bệnh,

người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân: Suy gan thận, bệnh lý tim mạch, lao, bệnh lý di truyền, người bệnh mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.1.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2016 – 6/2017 tại Phòng khám 144 Song Hào - Nam Định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Căn cứ theo tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 9/2016 đến 6/2017 thực hiện được 30 chu kỳ bơm trên các cặp vợ chồng hội đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Một số biến số và chỉ số chính

- Tuổi, thời gian vô sinh-hiếm muộn.
- Phân loại và nguyên nhân gây vô sinh - hiếm muộn.
- Phương pháp kích thích phóng noãn, số noãn trưởng thành.
- Chất lượng tinh trùng.
- Mật độ tinh trùng sau lọc rửa, tỷ lệ sống.
- Tỷ lệ có thai sinh hóa, có thai lâm sàng.

2.2.4. Quản lý, phân tích số liệu

Các bệnh án sau khi được thu thập theo tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được quản lý bằng phần mềm EpiData 3.01 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 trước khi đưa vào phân tích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và thời gian vô sinh

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của người vợ là $29,1 \pm 3,7$, tuổi cao nhất 36 (tuổi), thấp nhất 20 (tuổi), tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất: 53,3%. Tuổi trung bình của người chồng là $32,5 \pm 4,46$, tuổi cao nhất 40 (tuổi), thấp nhất 25 (tuổi), tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất: 63,3%. Thời gian vô sinh trung bình là $3,3 \pm 1,8$ (năm), thấp nhất là 1 năm, cao nhất là 8 năm.

3.2. Nguyên nhân vô sinh và phân loại vô sinh

Nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất: 80%. Nguyên nhân do cổ tử cung chiếm 6,7%; nguyên nhân kết hợp giữa tinh trùng yếu, ít, dị dạng và do cổ tử cung chiếm 3,3%; không rõ nguyên nhân chiếm 10%. Vô sinh loại I gặp nhiều hơn, chiếm 70%.

3.3. Số nang noãn trưởng thành và phương pháp kích thích buồng trứng

Bảng 1: Số nang noãn trưởng thành trong một chu kỳ IUI

Số nang	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
1 nang	29	96,7
≥ 2 nang	1	3,3
Tổng	30	100

Qua bảng 1 cho thấy: trong một chu kỳ chủ yếu có một nangnoãn trưởng thành chiếm tỷ lệ cao 96,7%, còn ≥ 2 nang chiếm tỷ lệ rất ít 3,3%.

Bảng 2: Phương pháp kích thích buồng trứng

Phương pháp	Tiêm hCG		Không tiêm hCG	
	SL	%	SL	%
CK tự nhiên	8	26,7	22	73,3
CC	0	0	0	0
FSH	0	0	0	0

Qua bảng 2 cho thấy: đối tượng nghiên cứu có chu kỳ tự nhiên không tiêm hCG chiếm tỷ lệ cao 73,3%, còn các đối tượng có tiêm hCG chiếm 26,7%.

3.4. Kết quả tinh dịch đồ và độ dày niêm mạc tử cung.

Bảng 3: Mật độ tinh trùng trước và sau lọc rửa

Mật độ TT (x10 ⁶ /ml)	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)
Trước lọc rửa	30,7 ± 13,92 (10-55)
Sau lọc rửa	70,1 ± 16,09 (28-92)

Qua bảng 3 cho thấy: mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là 30,7 ± 13,92 (x10⁶/ml) còn sau lọc rửa là 70,1 ± 16,09(x10⁶/ml)

Bảng 4: Chất lượng tinh trùng

Tính chất tinh trùng	$\bar{X} \pm SD$ (%)
Di động tiến tới nhanh trước lọc	26 ± 15,43
Di động tiến tới nhanh sau lọc	27,9 ± 19,41
Tỷ lệ tinh trùng sống sau lọc	49,8 ± 19,5

Bảng trên cho thấy tinh trùng di động tiến tới nhanh trước lọc trung bình là 26 ± 15,43 (%); sau lọc 27,9 ± 19,41 (%); tỷ lệ tinh trùng sống sau lọc trung bình là 49,8 ± 19,5(%).

Bảng 5: Độ dày niêm mạc tử cung (mm)

Độ dày	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 8	0	0
8-10	17	56,7
> 10	13	43,3
Tổng	30	100

Qua bảng 5 cho thấy: độ dày niêm mạc tử cung của đối tượng nghiên cứu từ 8-10 (mm) chiếm tỷ lệ cao 56,7%, > 10 (mm) chiếm tỷ lệ 43,3%.

3.5. Tỷ lệ có thai của phương pháp IUI

Bảng 6: Tỷ lệ có thai của kỹ thuật IUI

Kết quả	Sinh hóa		Lâm sàng	
	SL	%	SL	%
Có thai	4	13,3	4	13,3
Không có	26	86,7	26	86,7
Tổng (%)	30	100	30	100

Qua bảng 6 cho thấy: Trong 30 chu kỳ bơm thì có 4 chu kỳ có thai sinh hóa cũng như có thai lâm sàng chiếm tỷ lệ 13,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và thời gian vô sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của người vợ trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,1 ± 3,7 (tuổi), trẻ nhất là 20

tuổi, lớn nhất là 36 tuổi. Tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất: 53,3%. Tuổi trung bình của người chồng là $32,5 \pm 4,46$, tuổi cao nhất 40 (tuổi), thấp nhất 25 (tuổi). Tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất: 63,3%. Tuổi là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai của người phụ nữ. Nghiên cứu trên dân số thụ thai tự nhiên, các tác giả ghi nhận khả năng thụ thai cao nhất ở độ tuổi 20-24 tuổi, giảm nhẹ khi 30-32 tuổi sau đó giảm mạnh. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và CS: tuổi trung bình của vợ: 30,26 tuổi, cao nhất là 49 tuổi và thấp nhất là 20 tuổi; tuổi trung bình của chồng: 34,74 tuổi, cao nhất là 49 tuổi và thấp nhất là 21 tuổi; tỷ lệ người bệnh có độ tuổi 20-29 chiếm 40,14%. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Hà: tuổi của vợ trung bình là $29,0 \pm 4,8$, thấp nhất 18, cao nhất 48, tuổi trung bình của chồng là $32,6 \pm 5,9$. Trong xã hội phát triển nhu cầu sinh con và điều trị vô sinh ngày càng tăng lên.

Thời gian vô sinh trung bình của các cặp vợ chồng trong nghiên cứu là $3,3 \pm 1,8$ (năm), thấp nhất là 1 năm, cao nhất là 8 năm. Thời gian vô sinh ≤ 2 năm chiếm 40%, thời gian vô sinh 2 - 4 năm chiếm tỷ lệ 40%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và CS: thời gian vô sinh trung bình là: 3,63 năm, thời gian vô sinh < 2 năm chiếm 18,46%. Từ kết quả nghiên trên cho thấy có lẽ ngày nay việc quan tâm đến sức khỏe và hiểu biết của người dân đã tốt hơn trước, vì vậy họ đã đi khám sớm hơn.

4.2. Nguyên nhân vô sinh và phân loại vô sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy có rất nhiều nguyên nhân vô sinh của đối tượng nghiên cứu. Trong các nguyên nhân gây vô sinh chúng tôi gặp thì nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất: 80%. Kết quả này cũng phù hợp với các chỉ định của phương pháp IUI. Bơm

tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) có thể coi là bước đầu tiên trong liệu trình điều trị vô sinh hiếm muộn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy vô sinh loại I (vô sinh nguyên phát) chiếm tỷ lệ 70,0% cao hơn so với vô sinh II (vô sinh thứ phát) chiếm 30,0%. Theo nghiên cứu của Phan Hoài Trung (2004) lại cho thấy tỷ lệ vô sinh I chiếm 80,18%, vô sinh II chiếm 19,82%.

4.3. Số nang noãn trưởng thành và phương pháp kích thích buồng trứng.

Kết quả bảng 1 cho thấy: trong một chu kỳ chủ yếu có một nang noãn trưởng thành chiếm tỷ lệ cao 96,7%, còn ≥ 2 nang chiếm tỷ lệ rất ít 3,3%. Theo nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và CS, dưới siêu âm trong một chu kỳ, buồng trứng có một nang trưởng thành chiếm 28,0%, 2-3 nang chiếm 48,6%. Sự khác biệt này cũng có thể do sử dụng các phương pháp kích thích buồng trứng khác nhau. Kết quả bảng 2 cho thấy hầu hết các đối tượng nghiên cứu có chu kỳ tự nhiên, không sử dụng phác đồ CC hoặc CC+FSH. Trong đó chu kỳ tự nhiên không tiêm hCG chiếm tỷ lệ cao 73,3%, còn các đối tượng có tiêm hCG chiếm 26,7%. Kết quả này của chúng tôi khác với nghiên cứu của Cao Ngọc Thành, số chu kỳ tự nhiên chiếm 29%, CC chiếm 52%, CC+FSH chiếm 19%. Như vậy, sự khác biệt này cũng có thể do các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu có nguyên nhân do tinh trùng của chồng ít, yếu, dị dạng. Đồng thời, điều này có lẽ vì mức chi phí thấp phù hợp với khả năng chi trả của người dân Nam Định hơn.

4.4. Độ dày niêm mạc tử cung và kết quả tinh dịch đồ

Qua bảng 3 cho thấy: mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là $30,7 \pm 13,92(x10^6/ml)$, thấp nhất là 10 ($x10^6/ml$), cao nhất là 55 ($x10^6/ml$); còn sau lọc rửa là $70,1 \pm 16,09(x10^6/ml)$ thấp nhất là 28 ($x10^6/ml$), cao nhất là 92 ($x10^6/ml$). Mặt khác, bảng 4 cho thấy tinh trùng di động tiến tới nhanh trước lọc rửa trung bình là $26 \pm 15,43$ (%); sau lọc rửa $27,9 \pm 19,41$ (%); tỷ lệ tinh

trùng sống sau lọc rửa trung bình là $49,8 \pm 19,5(\%)$. Mật độ tinh trùng, tỷ lệ tinh trùng di động nhanh và tỷ lệ tinh trùng sống là những yếu tố thuận lợi giúp cho quá trình điều trị vô sinh - hiếm muộn bằng IUI đạt hiệu quả cao. Như vậy với phương pháp lọc rửa tinh trùng đã giúp cho việc cô đặc và chọn lọc tinh trùng chuẩn bị cho kỹ thuật IUI thu được thành công.

Độ dày niêm mạc tử cung cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong quá trình chuẩn bị đón trứng sau khi được thụ thai. Bảng 5 cho thấy: độ dày niêm mạc tử cung của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi từ 8-10 (mm) chiếm tỷ lệ cao 56,7%; > 10 (mm) chiếm 43,3 %; không có trường hợp nào có độ dày niêm mạc < 8 (mm). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Hải (Hải Phòng), Tô Minh Hương (Hà Nội) và Cao Ngọc Thành (Huế).

4.5. Tỷ lệ có thai của phương pháp IUI.

Qua bảng 6 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa cũng như lâm sàng chiếm tỷ lệ 13,3%. Trong 30 chu kỳ bơm thì có 4 chu kỳ có thai sinh hóa cũng như có thai lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thị Hà, tỷ lệ có thai theo chu kỳ là 13,8%. Theo nghiên cứu của Cao Ngọc Thành tỷ lệ có thai 72 trường hợp/ 558 chu kỳ chiếm 12,9%. Cũng theo Đỗ Thị Hải (Hải Phòng) tỉ lệ có thai của kỹ thuật IUI là 11,3%. Nguyễn Châu Mai Phương nghiên cứu trên 312 chu kỳ IUI tỉ lệ có thai là 14,1%. Các nghiên cứu này đều phù hợp với kết quả của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Ngô Hạnh Trà và cộng sự (2002), tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 4 đến tháng 9/ 2000 thực hiện IUI trên 271 bệnh nhân vô sinh - hiếm muộn với 323 chu kỳ với điều kiện ít nhất 1 vòi tử cung thông, buồng trứng còn hoạt động bình thường, tổng số tinh trùng di động trong mẫu trước lọc rửa lớn hơn 5×10^6 thì tỷ lệ có thai là 22,3% trên tổng số chu kỳ và 28% trên tổng số bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Tô Minh Hương và cộng sự (2006) tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ

tháng 8/ 2004 đến tháng 8/ 2005 thực hiện 141 chu kỳ IUI trên 90 bệnh nhân thì tỷ lệ có thai là 14,9% tính trên tổng chu kỳ IUI và 23,3% trên tổng số bệnh nhân được điều trị.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị cho người bệnh vô sinh - hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định trong 30 chu kỳ chúng tôi nhận thấy: Tuổi trung bình của người vợ là $29,1 \pm 3,7$, Nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất; vô sinh loại I chiếm chủ yếu, mỗi chu kỳ thường một nang noãn trưởng thành. Tỷ lệ có thai sinh hóa cũng như có thai lâm sàng chiếm tỷ lệ 13,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Thành (2007), “Bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung - Phương pháp hỗ trợ sinh sản và hiệu quả”, Chuyên đề Sản phụ khoa, trang 32 - 37.
2. Đỗ Thị Hải (2004), Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterineinsemination-IUI) tại BV Phụ sản Hải Phòng trong 2 năm 2004-2005, Hội nghị vô sinh - hiếm muộn và hỗ trợ sinh sản, Hà Nội 9/2006.
3. Hồ Thị Hà (2011), Tìm hiểu mối liên quan giữa mật độ và độ di động của tinh trùng với tỷ lệ có thai của kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Ngô Hạnh Trà (2003), “Tỉ lệ thành công của bơm tinh trùng vào buồng tử cung và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị”, Vô sinh – Các vấn đề mới, 65 – 69.
5. Nguyễn Châu Mai Phương (2002), “Điều trị vô sinh do thiếu năng tinh trùng bằng kỹ thuật IUI”, Sức khỏe và sinh sản số 3, trang 11.
6. Tô Minh Hương (2006), “Đánh giá kết quả hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội”, Hội thảo vô sinh và hỗ trợ sinh sản, trang 100 – 105.