

HIỂM MUỘN CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN: MỘT SỐ CẬP NHẬT

Hà Nhật Anh

IVFMD, Bệnh viện Mỹ Đức



Ước tính có khoảng một phần bảy các cặp vợ chồng gặp vấn đề về hiếm muộn. Các nguyên nhân chính gây hiếm muộn bao gồm: rối loạn phóng noãn, tổn thương ống dẫn trứng, yếu tố vô sinh nam, yếu tố tử cung. Hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân chiếm 25% các trường hợp hiếm muộn.

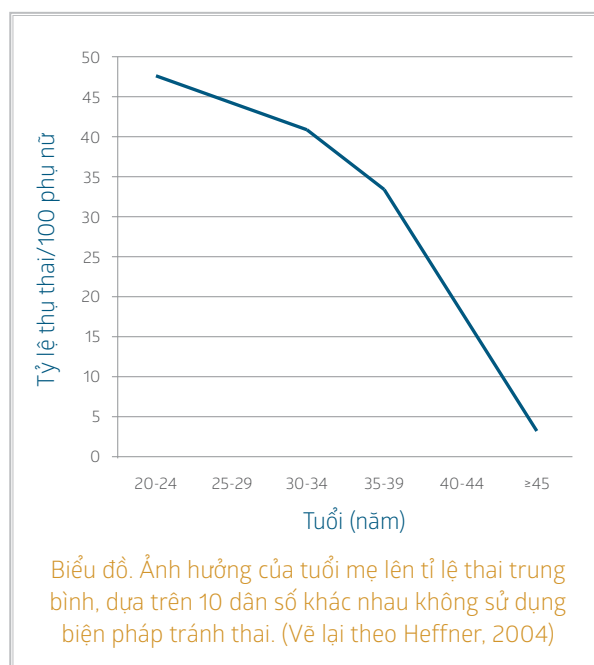
Năm 2013, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoàng Gia (RCOG: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) công bố những cập nhật về cách tiếp cận các vấn đề về hiếm muộn, trong đó có những cập nhật mới về hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân.

Hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân được định nghĩa là khi một cặp vợ chồng có quan hệ tình dục ngã âm đạo thường xuyên trong vòng một năm mà chưa thụ thai, các kết quả xét nghiệm khảo sát cơ bản như tinh dịch đồ, kiểm tra tình trạng hai ống dẫn trứng, và chức năng phóng noãn đều không ghi nhận vấn đề bất thường. Đây là một chẩn đoán loại trừ.

Hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ khoảng 15% các cặp vợ chồng tìm đến cơ sở chuyên khoa, một vài nghiên cứu công bố tỷ lệ này chiếm đến khoảng 37% (Aboulghar và cs, 2003; Isaksson và Tiitinen, 2004). Tỷ lệ này thay đổi là do tiêu chuẩn chẩn đoán, tuổi... khác nhau giữa các nghiên cứu. Đây là một chẩn đoán loại trừ, nên hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân phụ thuộc vào các xét nghiệm khảo sát trước khi được chẩn đoán (Aboulghar và cs, 2003). Một số cặp vợ chồng hiếm muộn CRNN vẫn có thể thụ thai mà không cần điều trị. Tỷ lệ có thai tự nhiên ở các cặp vợ chồng hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân được báo cáo là khoảng 2-4% cho mỗi chu kỳ (Polyzos và cs, 2008). Nhìn chung, khoảng 15% các cặp vợ chồng được chẩn đoán hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân có thể thụ thai tự nhiên trong vòng một năm sau

đó (Isaksson và Tiitinen, 1998).

Tuổi của người phụ nữ là yếu tố quan trọng dự đoán khả năng thụ thai tự nhiên, tỷ lệ này giảm sau 30 tuổi (Hunault và cs, 2004).



Một số bằng chứng cho thấy hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân sau ba năm chung sống là tiên lượng không tốt cho cơ hội thụ thai trong tương lai, trong khi số khác lại không tìm thấy mối liên quan.

Để tiếp cận các cặp vợ chồng hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân, một số tác giả đề nghị có thể thay đổi lối sống và chờ đợi một thêm vài tháng, nhưng cách tiếp cận này thường không được bệnh nhân lựa chọn, vì họ mong muốn có con và muốn có một phương pháp điều trị tích cực. Do đó, các cách tiếp cận một trường hợp

hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân thường được sử dụng như:

- Kích thích buồng trứng.
- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI).
- Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF).

Hướng dẫn của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoàng Gia năm 2013 tổng hợp một số bằng chứng y học về hiệu quả của sử dụng thuốc kích thích buồng trứng ở các đối tượng hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân.

Một trong những phương pháp điều trị vẫn thường được sử dụng cho hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân là clomifene citrate đường uống, gần đây là aromatase inhibitors. Tuy nhiên, câu hỏi được đặt ra là liệu sử dụng thuốc kích thích buồng trứng dạng uống có đem lại hiệu quả và an toàn ở các đối tượng phụ nữ hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân?

Các nghiên cứu tập trung vào so sánh hai vấn đề: các thuốc kích thích buồng trứng so với không kích thích buồng trứng; các loại thuốc sử dụng để kích thích buồng trứng.

Dựa trên bằng chứng từ các nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoàng Gia đưa ra các khuyến cáo như sau:

- Không nên sử dụng thuốc kích thích buồng trứng sử dụng đường uống (như clomifene citrate, anastrozole hay letrozole) ở các đối tượng hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân.

- Sử dụng clomifene citrate đơn độc không làm tăng cơ hội mang thai cũng như sinh sống.
- Khuyến cáo nên điều trị thụ tinh trong ống nghiệm ở những trường hợp hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân, sau hai năm quan hệ tình dục thường xuyên không bảo vệ mà chưa thụ thai.

Như vậy, tiếp cận các đối tượng hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân, việc sử dụng phương pháp kích thích buồng trứng bằng thuốc sử dụng đường uống không làm tăng cơ hội thụ thai, cũng như nên đề nghị tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm ở các đối tượng này nếu sau hai năm chung sống mà chưa thụ thai.

Một lưu ý quan trọng là khả năng thụ thai tự nhiên cũng như sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản giảm đi theo tuổi của người phụ nữ. Hướng dẫn lâm sàng hiện tại đề nghị ngưỡng tuổi của người vợ từ 36 trở lên nên được quan tâm và có những hướng tiếp cận phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, Al-Inany HG. Diagnosis and management of unexplained infertility: an update, Archives of Gynecology and Obstetrics, 267(4), 177-188, 2003.
2. Heffner LJ. Advanced maternal age-how old is too old? N Engl J Med 2004;351:1927-1929.
3. Hunault JDF, Habbema MJC, Eijkemans JA, Collins JLH, Evers ER te Velde. Two new prediction rules for spontaneous pregnancy leading to live birth among subfertile couples, based on the synthesis of three previous models Hum. Reprod. (2004).
4. Isaksson R, Tiitinen A. Present concept of unexplained infertility. Gynecol Endocrinol 2004;18:278-290.
5. Polyzos NP, Tzioras S, Mauri D, Tsappi M, Cortinovis I, Tsali L, Casazza G. Treatment of unexplained infertility with aromatase inhibitors or clomiphene citrate: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Surv 2008;b 63(7):472-479.



HOSREM thường xuyên tổ chức các khóa tập huấn “BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG”

và các hội nghị - hội thảo - khóa tập huấn về hỗ trợ sinh sản dành cho bác sĩ và chuyên viên phôi học. Vui lòng liên hệ HOSREM để được cung cấp những thông tin mới nhất.



Hãy theo dõi chúng tôi trên facebook để nhận được những thông tin mới nhất từ HOSREM.
<https://www.facebook.com/HOSREM/>