



## TỔNG QUAN VAI TRÒ CỦA CA-125 TRONG CHẨN ĐOÁN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN HIẾM MUỘN

**BS. Phạm Văn Đức, BS. Âu Nhật Luân**  
*Bộ Môn Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TPHCM*

### ĐỊNH NGHĨA

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) được định nghĩa là sự hiện diện của mô giống nội mạc tử cung ở bên ngoài tử cung, gây nên một phản ứng viêm mạn tính làm ảnh hưởng tổng thể lành mạnh về vật chất và tinh thần của bệnh nhân [5].

Do đó, điều trị LNMTTC phải được cá thể hóa, dựa trên các vấn đề lâm sàng, phải xét đến hiệu quả và tác dụng phụ của điều trị trên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [5].

### CÁC DẠNG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Mỗi dạng LNMTTC có đặc trưng lâm sàng và mức ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của đối tượng tùy thuộc cơ chế bệnh sinh.

*Có 2 giả thuyết cơ chế bệnh sinh chính và 4 dạng thức lâm sàng khác nhau của LNMTTC :*

#### 1. Cấy ghép mô nội mạc trào ngược của Simpson

- **U lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng (endometrioma):** Tình trạng giả nang do cấy ghép mô LNMTTC ở bề mặt buồng trứng lành mạnh và ảnh hưởng đến số lượng và chất lượng nang noãn còn lại của mô buồng trứng.

- **LNMTTC ở phúc mạc nông (endometriosis):** LNMTTC gây phản ứng viêm mạn tính ở phúc mạc chậu, thâm nhiễm làm tổn thương tế bào, mô xung quanh gây dính, co kéo và tạo xơ làm ảnh hưởng cấu trúc và sinh lý chức năng vùng chậu (vùng giống thụ tinh).

#### 2. Thuyết vi tử cung nguyên thủy (Thuyết primordial micro -uteri: Mullerianosis) [5]

- **LNMTTC thâm nhiễm sâu:** Thâm nhiễm sâu (trên 5mm) gây tổn thương tế bào và mô lân cận làm rối loạn chức năng cơ quan, tổn thương xơ hóa, tổn thương mô thần kinh lân cận gây đau.

- **Bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyosis)**

### Giả thuyết tử cung có 2 nguồn gốc:

- **Tử cung cổ (Archimatri):** là đơn vị nội mạc-dưới nội mạc có nguồn gốc cạnh trung thận.
- **Tử cung mới (Meometra):** nguồn gốc trung thận

Nội mạc lạc vị có thể được xem như các vi tử cung nguyên thủy là vùng tử cung thứ ba ở tại vùng nối nội mạc – cơ tử cung, hậu quả là phá vỡ các cấu trúc bình thường tử cung và gây hỗn loạn về chức năng của vùng này.

## ẢNH HƯỞNG CỦA LNMTC ĐẾN HIẾM MUỘN

LNMTC là một tình trạng bệnh lý có liên quan đến hiếm muộn nhưng không phải cho tất cả các LNMTC và mối liên quan này vẫn chưa được chứng minh rõ ràng, nhưng điều chắc chắn là khả năng có thai giảm dần theo mức độ nặng của bệnh và tùy thuộc mỗi dạng LNMTC khác nhau mà có cơ chế bệnh sinh khác nhau. Có sự tương quan nghịch giữa số điểm AFS được đánh giá qua nội soi ổ bụng với khả năng có thai cộng dồn.

LNMTC có thể gây hiếm muộn qua nhiều cơ chế: ảnh hưởng sinh hóa - thể dịch làm thay đổi môi trường làm tổ của trứng thụ tinh, phản ứng viêm mạn làm thay đổi cấu trúc vùng chậu, tổn thương cơ học vùng chậu làm thay đổi chức năng của buồng tử cung và chức năng bắt và vận chuyển noãn...

Có mối liên quan giữa LNMTC phức tạp vừa và nặng với hiếm muộn, thông qua viêm dính buồng trứng và phần phụ, thay đổi cấu trúc vùng chậu và buồng tử cung do di chứng LNMTC làm ảnh hưởng đến chức năng bắt trứng của ống dẫn trứng và môi trường làm tổ của trứng thụ tinh... Tuy nhiên, đối với LNMTC phức tạp mức độ nhẹ - tối thiểu mối tương quan này cũng còn đang bàn cãi. Có sự gia tăng tần suất LNMTC ở nhóm hiếm muộn so với nhóm không có hiếm muộn. Tỷ lệ có thai cộng dồn và thụ thai trong một tháng giảm ở nhóm có LNMTC phức tạp nhẹ - tối thiểu so với phụ nữ cũng được bơm tinh trùng có vùng chậu bình thường. Các nghiên cứu

thử nghiệm lâm sàng cũng cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng cải thiện sau phẫu thuật làm sạch LNMTC nhẹ - tối thiểu. Các thực nghiệm mô hình cho - nhận chất lượng nuôi cấy phôi dùng huyết thanh của người có LNMTC cũng thấp hơn nhóm không có bệnh.

Ảnh hưởng của u LNMTC buồng trứng trên hiếm muộn thông qua thay đổi cấu trúc vùng chậu do dính làm ảnh hưởng chức năng ống dẫn trứng và làm tổn hại môi trường lành mạnh xung quanh noãn làm ảnh hưởng phát triển của noãn.

Ảnh hưởng trên hiếm muộn của lạc tuyến trong cơ tử cung vẫn còn chưa rõ ràng có thể do: môi trường cường estrogen, với nhiều gốc tự do, đáp ứng với miễn dịch bất thường và nhu động nghịch thường của nội mạc tử cung được quan sát thấy khi có bất thường ở vùng kết nối (vùng tử cung thứ 3) làm ảnh hưởng tới môi trường làm tổ của phôi cũng như tần suất thai lạc vị tăng cao. Ngày nay đang dần chứng minh vai trò của tế bào gốc trong bệnh sinh của adenomyosis, là một bệnh lý liên quan đến chấn thương y khoa, tạo lập và biệt hóa.

Tỷ lệ thai lâm sàng rất thấp khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) khi có adenomyosis và cũng có thể được tìm thấy bệnh này khi thực hiện tổng soát của thất bại làm tổ liên tiếp. Tuy nhiên, các thực nghiệm trên mô thức cho-nhận không ủng hộ giả thuyết về ảnh hưởng bất lợi của adenomyosis trên làm tổ của trứng thụ tinh [6].

Adenomyosis là một bệnh lý lệ thuộc estrogen với 2 đặc tính: có sự gia tăng estrogen tại chỗ liên quan đến tính đa hình của gen chi phối men thơm hóa và tăng một cách bất thường hoạt động của ổ nội mạc - dưới nội mạc lạc vị tại nội mạc tử cung chính vị. Hậu quả là tái lập vòng xoắn bệnh lý của adenomyosis thông qua tự chấn thương bởi co thắt của đơn vị nội mạc - dưới nội mạc.

## HƯỚNG TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HIẾM MUỘN CÓ LIÊN QUAN LNMTC

Bối cảnh lâm sàng mà bệnh nhân có LNMTC và hiếm muộn đến với bác sĩ có thể là: khối ở tử cung có thể kết hợp khối ở phần phụ, thống kinh, hay phát hiện tình cờ qua nội soi chẩn đoán.

Do đó, không có một điều trị chung nào dành cho tất cả các dạng LNMTC, mà phải nhắm vào than phiền chính của đối tượng và những ảnh hưởng của nó trên người bệnh, đồng thời bảo tồn khả năng sinh sản là mong muốn chung của đa số phụ nữ có LNMTC.

Điều trị triệt để LNMTC là một thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng và tái phát là mối lo ngại thường trực, làm nhà lâm sàng phải thận trọng quyết định cùng với bệnh nhân của họ.

Nhận biết có LNMTC trước khi bắt đầu điều trị rất cần thiết vì có thể ảnh hưởng trên: quyết định điều trị, nội dung và đường lối điều trị và tham vấn nội dung điều trị cho đối tượng.

Ngoài ra, nhận biết LNMTC trước phẫu thuật giúp phẫu thuật viên có thể trao đổi với đối tượng về: có cần thiết phải phẫu thuật, mục đích của phẫu thuật để chẩn đoán đơn thuần hay điều trị, nội dung của phẫu thuật và mức độ can thiệp trong lúc mổ, cuối cùng là khả năng điều trị sau phẫu thuật.

Cần nhấn mạnh là khả năng can thiệp của phẫu thuật còn hạn chế trong điều trị LNMTC như: làm sạch tổn thương U LNMTC, phá hủy tổn thương và khôi phục lại cấu trúc vùng chậu nếu là LNMTC phức tạp nhẹ và tối thiểu. Vai trò rất hạn chế đối với LNMTC phức tạp vừa-nặng, LNMTC thâm nhiễm sâu và lạc tuyến trong cơ tử cung.

Khả năng điều trị sau phẫu thuật cũng cần thông báo cho đối tượng trước khi tiến hành phẫu thuật: kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng đối với LNMTC phức tạp nhẹ và tối thiểu hay U LNMTC sau khi đã được làm sạch, IVF đối với LNMTC kèm tổn thương ống dẫn trứng, giải miễn cầm dài theo sau là thụ tinh trong ống nghiệm đối với LNMTC phức tạp vừa-nặng hay lạc tuyến trong cơ tử cung.

Trước một trường hợp thất bại IVF hay thất bại làm tổ thì việc thực hiện CA-125 có vai trò dự báo rất cao, nhất là trên các đối tượng đã từng phẫu thuật LNMTC khả năng tái phát là yếu tố tiềm tàng gây thất bại hỗ trợ sinh sản mà việc phẫu thuật trở lại để chẩn đoán là không cần thiết mà gây tổn hại nhiều cho bệnh nhân.

Điều trị LNMTC nên lựa chọn can thiệp có hiệu quả và ít xâm lấn nhất với nguy cơ thấp nhất khi tiến hành điều trị, phải dùng mọi phương tiện chẩn đoán LNMTC trước khi điều trị. Phải loại trừ một nội soi chỉ với mục tiêu chẩn đoán trong thực hành điều trị hiếm muộn vì khả năng nguy hại cho bệnh nhân. Ngày nay với tiến bộ vượt bậc của hình ảnh học chẩn đoán LNMTC cùng với vai trò CA-125 làm thay đổi cục diện chẩn đoán và điều trị hướng tới bệnh nhân.

## CÁC PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN LNMTC

Nội soi ổ bụng và sinh thiết mô LNMTC làm giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán LNMTC đồng thời sẽ quyết định sinh sản hỗ trợ thích hợp sau đó. Tuy nhiên, đây là phương pháp xâm lấn và có vai trò nhất định trong u LNMTC ở buồng trứng và LNMTC ở phúc mạc mức độ nhẹ-tối thiểu, còn đối với LNMTC mức độ nặng, thâm nhiễm sâu và bệnh lạc tuyến trong cơ tử cung thì dường như không có vai trò can thiệp của nội soi. Do đó, cần có một khảo sát ít xâm lấn như xét nghiệm sinh hóa hay hình ảnh học thay thế cho một nội soi chỉ với mục tiêu chẩn đoán trong các tình huống này.

Tuy nhiên, siêu âm chỉ có giá trị trong chẩn đoán u LNMTC ở buồng trứng, nhưng kém giá trị trong chẩn đoán các dạng LNMTC khác ở vùng chậu so với nội soi ổ bụng. Chụp cộng hưởng từ (MRI) chỉ có giá trị trong chẩn đoán các LNMTC sâu và adenomyosis nhưng lại đắt tiền.

Đã có rất nhiều xét nghiệm sinh hóa được sử dụng nhằm tiên đoán LNMTC nhưng vẫn chưa có loại nào tỏ ra tối ưu, CA-125 được sử dụng trên 20 năm cho chẩn đoán nhiều bệnh khác nhau và không có giá trị

trong chẩn đoán xác định LNMTC so với nội soi ổ bụng. CA-125 là kháng nguyên bề mặt tế bào có nguồn gốc từ biểu mô của các cơ quan từ mullerian và màng lót trong khoang cơ thể bao gồm kênh cổ tử cung, nội mạc tử cung, vòi trứng, phúc mạc, màng phổi và màng tim. Bản chất là glycoproteine trọng lượng phân tử cao (200.000) được phát hiện bởi kháng thể đơn dòng OC-125. Nồng độ cao kết hợp với hiện diện nhiều bệnh lý phụ khoa lành hay ác tính, CA-125 tăng cao ở tế bào lạc vị hơn là tế bào nội mạc chính vị, do đó được ứng dụng trong chẩn đoán LNMTC. Các nghiên cứu của Saghar cho thấy CA-125 cao có ý nghĩa ở nhóm có LNMTC so với nhóm bệnh phụ khoa lành tính khác, đặc biệt cao ở nhóm có LNMTC mức độ nặng, cũng như tác giả Kurdoglu cho thấy CA-125 tăng theo giai đoạn nặng của bệnh. CA-125 lại có giá thành rẻ hơn MRI và không xâm lấn như nội soi ổ bụng và có giá trị tiên đoán cao trong LNMTC nặng rất có ý nghĩa trước thực hiện thụ tinh ống nghiệm và chuyển phôi (IVF-ET) cũng như dự báo một phẫu thuật LNMTC khó khăn. Ngày nay, với

tiến bộ của hình ảnh học chẩn đoán xác lập bản đồ và có thể định mức độ nặng của LNMTC thay thế cho nội soi chỉ với mục tiêu chẩn đoán. Do đó, các đối tượng trên thực hiện CA-125 trước kèm hướng dẫn tiếp theo bởi hình ảnh học là hướng đi mới với mục tiêu ít xâm lấn và lấy bệnh nhân làm trung tâm.

### Vai trò của CA-125 trong chẩn đoán u LNMTC ở buồng trứng

CA-125 có độ đặc hiệu và tiên đoán dương rất cao trong chẩn đoán u LNMTC buồng trứng qua các điểm cắt (bảng 1). Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy hình ảnh học có vai trò rất lớn trong chẩn đoán u LNMTC buồng trứng, với siêu âm đầu dò âm đạo cho thấy độ nhạy là 81% và độ đặc hiệu là 96%, khi kết hợp với phổ doppler thì giá trị chẩn đoán còn tăng lên cao nhiều so với CA-125. Kết hợp siêu âm doppler với CA-125 (trên 25 UI/ml) thì khả năng chẩn đoán chính xác có u LNMTC buồng trứng lên đến 95,6%.

*Bảng 1. So sánh giá trị CA-125 và siêu âm trong chẩn đoán u LNMTC:*

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán	
			dương	âm
Jo Kitawaki <sup>[6]</sup>				
CA-125 (20UI/ml)	89,4%	84,2%	90,0%	83,3%
CA-125 (26UI/ml)	82,0%	91,1%	93,6%	76,0%
CA-125 (30UI/ml)	78,9%	97,0%	97,7%	74,2%
Aytekın Tokmak <sup>[3]</sup>				
CA-125 (21,38UI/ml)	88,1%	63%		
StefanoGuerra <sup>[11]</sup>				
Siêu âm Doppler	90,0%	97,0%	95,0%	95,0%
SÂ đầu dò âm đạo	81,0%	96,0%	92,0%	91,0%

### Vai trò của CA-125 trong chẩn đoán LNMTC ở phúc mạc mức độ tối thiểu và nhẹ

So với nội soi ổ bụng, độ nhạy của CA-125 rất thấp ở các điểm cắt, do đó khả năng bỏ sót bệnh rất cao, tuy nhiên trong tình huống LNMTC mức độ nhẹ này phẫu thuật viên có khả năng xử lý tình huống bất ngờ. Các phân tích

tổng quan ngày nay cho thấy CA-125 ít có vai trò trong dự báo LNMTC phúc mạc nhẹ và tối thiểu.

Tuy nhiên, theo tác giả Jo Kitawaki cho thấy CA-125 dưới mức 20 UI/ml có giá trị tiên đoán âm là 79,4%. Giá trị tiên đoán âm cao, cho thấy khi dưới mức điểm cắt khả năng không có LNMTC là rất cao. (bảng 2)

**Bảng 2. So sánh giá trị CA-125 trong chẩn đoán LNMTC phức tạp nhẹ-tối thiểu**

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán	
			dương	âm
AL O'Shaughnessy				
Stage I (35 UI/ml)	50,0%	75,0%	58,3%	68,2%
Stage II (35 UI/ml)	62,5%	75,0%	66,7%	71,4%
Jo Kitawaki				
CA-125 (30 UI/ml)	45,2%	97,0%	90,3%	74,2%
CA-125 (26 UI/ml)	53,2%	91,1%	78,6%	76,0%
CA-125 (20 UI/ml)	64,5%	84,2%	71,4%	79,4%
A Mihalyi (35UI/ml)	48,9%	71,7%	67,6%	52,7%

**Bảng 3. So sánh giá trị CA-125 trong chẩn đoán LNMTC phức tạp vừa-nặng**

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán	
			dương	âm
AL O'Shaughnessy	85,7%	75,0%	54,5%	93,8%
Jo Kitawaki				
CA-125 (30 UI/ml)	44,3%	97,0%	92,9%	66,7%
CA-125 (26 UI/ml)	44,5%	91,1%	81,6%	65,7%
CA-125 (20 UI/ml)	72,7%	84,2%	80,0%	78,0%
A Mihalyi	96,8%	71,1%	73,2%	96,4%

**Vai trò của CA-125 trong chẩn đoán LNMTC ở phức tạp mức độ vừa và nặng**

Tác giả Jo Kitawaki cho thấy độ nhạy của CA-125 ở mức điểm cắt 20 UI/ml rất cao trong khi độ đặc hiệu và tiên đoán dương thấp hơn so với các điểm cắt khác, cho thấy khả năng cần can thiệp mạnh là rất lớn chưa phù hợp với test chẩn đoán. Tuy nhiên, ngưỡng CA-125 này có giá trị tiên đoán âm rất cao, dưới mức này khả năng không có LNMTC nặng là lớn.

Còn theo phân tích tổng quan của tác giả AL O'Shaughnessy và A Mihalyi cho thấy mức CA-125 35UI/ml thì khả năng chẩn đoán bệnh là cao, phù hợp với test chẩn đoán của bệnh lý đặc biệt này cần đòi hỏi điều trị đặc biệt (giải mẫn cảm kéo dài với GnRH agonist trong 3-6 tháng trước IVF-ET). Trong khi kết quả nghiên cứu của tác giả Jo Kitawaki cho thấy điểm cắt 30 UI/ml lại có độ đặc hiệu và tiên đoán dương cao nhất

trên 90%. Do đó, chọn điểm cắt CA-125 là 30 UI/ml cho tiên đoán LNMTC phức tạp vừa và nặng vì thỏa mãn tính giá trị của một test chẩn đoán và đảm bảo tính kinh tế cho đối tượng. (bảng 3)

**Vai trò của CA-125 trong chẩn đoán lạc tuyến trong cơ tử cung**

Vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá vai trò của CA-125 trong chẩn đoán lạc tuyến trong cơ tử cung. Tác giả Jkitawaki cho thấy ở điểm cắt 30 UI/ml có độ đặc hiệu và tiên đoán dương rất cao cho chẩn đoán lạc tuyến trong cơ tử cung, tuy nhiên độ nhạy rất thấp 36%, cho thấy khả năng bỏ sót bệnh là cao.

Ngày nay, sự phát triển của hình ảnh học cho thấy có vai trò rất lớn trong chẩn đoán lạc tuyến trong cơ tử cung kết hợp với CA-125 huyết thanh đã làm giảm số trường hợp nội soi chẩn đoán không cần thiết.(bảng 4)

**Bảng 4. So sánh giá trị CA-125 trong chẩn đoán lạc tuyến trong cơ tử cung**

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán	
			dương	âm
Jkitawaki <sup>[6]</sup>				
30 UI/ml	36,1%	97,0%	96,7%	38,9%
26 UI/ml	38,6%	91,1%	91,2%	38,3%
20 UI/ml	51,9%	84,2%	88,7%	42,3%
Champaneria <sup>[4]</sup>				
TVS	72,0%	81,0%	89,0%	68,0%
MRI	77,0%	89,0%	90,0%	70,0%

## KẾT LUẬN

### Đối với u LNMTC buồng trứng

Hình ảnh học có vai trò rất lớn trong chẩn đoán u LNMTC buồng trứng nhưng khi kết hợp với CA-125 thì khả năng chẩn đoán chính xác bệnh là rất cao.

### Đối với LNMTC tối thiểu - nhẹ

Giá trị tiên đoán âm cao tốt nhất là dưới ngưỡng 20 UI/ml, cho biết khả năng không bệnh là cao phù hợp cho các đối tượng trước IVF-ET đã từng phẫu thuật vùng chậu, lớn tuổi, từ đó có thể loại bỏ một cuộc phẫu thuật không cần thiết nhất là trong tình huống chỉ định phân giai đoạn bệnh của LNMTC vùng chậu.

Độ nhạy và tiên đoán dương rất thấp cho LNMTC tối thiểu-nhẹ không ảnh hưởng nhiều đến chiến lược phẫu thuật vì các phẫu thuật viên có thể ứng phó với tình huống này dễ dàng, cũng như không ảnh hưởng nhiều trên dự hậu của các chu kỳ IVF-ET.

### Đối với LNMTC vùng chậu vừa - nặng

CA-125 ở mức 30 UI/ml có độ đặc hiệu và tiên đoán dương cao cho các tổn thương LNMTC phức tạp vừa-nặng, rất quan trọng trong định hướng can thiệp nội soi vô sinh như hoạch định chiến lược trước phẫu thuật và bệnh nhân được thông tin về khả năng điều trị sau mổ. Tương tự, nhận biết một LNMTC vừa-nặng bằng hình ảnh học ở bệnh nhân chuẩn bị IVF-ET nhất là đã từng thất bại với IVF, thất bại làm tổ, đã từng phẫu thuật

LNMTC, hay hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân là rất quan trọng vì điều trị sau đó rất chuyên biệt.

Độ nhạy cao tốt ở ngưỡng 35 UI/ml cho chẩn đoán LNMTC vừa-nặng, tránh bỏ sót cơ hội chẩn đoán được bệnh nhất là các đối tượng mà phẫu thuật trở nên nguy hại và không cần thiết như: đã từng phẫu thuật LNMTC.

### Đối với lạc tuyến trong cơ tử cung

Ở ngưỡng 30 UI/ml cho thấy độ đặc hiệu và tiên đoán dương cao nhất và dường như cho thấy có mối liên quan tương tự với ngưỡng cắt này cho chẩn đoán LNMTC vừa-nặng. Do vậy ở trên ngưỡng cắt này đòi hỏi hình ảnh học chuyên sâu (siêu âm màu, MRI) để xác định khả năng tồn tại một bệnh lý tiềm tàng gây thất bại IVF và thất bại làm tổ.

## KIẾN NGHỊ

Cần thực hiện CA-125 thường quy trên các đối tượng hiếm muộn trước khi tiến hành phẫu thuật, để tránh các tình huống bất ngờ trong phẫu thuật cũng như có thể tránh được cuộc mổ không cần thiết và chuẩn bị cuộc mổ kỹ càng cho cả bệnh nhân và lựa chọn phẫu thuật viên thích hợp.

CA-125 kết hợp với hình ảnh học có thể tránh được cuộc mổ không cần thiết nhất là với mục tiêu chẩn đoán LNMTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Mihalyi, O. G. (2010). Non-invasive diagnosis of endometriosis based on a combined analysis of six plasma biomarkers. *Human Reproduction*, 25(3), 654-664.
2. Althea O'shaughnessy. (1993). CA-125 levels measured in different phases of the menstrual cycle in screening for endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*, 81(1), 99-103.
3. Aytakin Tokmak. (2010). The value of urocortin and CA-125 in the diagnosis of endometrioma. Springer, Arch Gynecol Obstet.
4. Champaneria R, A. P., Daniels J, Balogun M, Khan KS,. (2010). Ultrasound scan and magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: systematic review comparing test accuracy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(11).
5. ESHRE, T. (2008). The ESHRE Guideline on Endometriosis.
6. Jo Kitawaki. (2005). Usefulness and limits of CA-125 in diagnosis of endometriosis without associated ovarian endometriomas. *Human Reproduction*, 20(7).
7. Kurdoglu. (2009). Comparison of the clinical value of CA 19-9 versus CA 125 for the diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1761-1763.
8. May, K. E. (2010). Peripheral biomarkers of endometriosis: a systematic review. *Human Reproduction update*, 00(0), 1-24.
9. Mohamed A. (2004). Review Laboratory testing for endometriosis. *Clinica Chimica Acta*, 30, 41-56.
10. Saghar Salehpour. (2009). The correlation between serum and peritoneal fluid CA125 level in Women with pelvic endometriosis. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(1), 29-34.
11. Stefano Guerriero. (2001). The diagnosis of endometriomas using colour Doppler energy imaging. *Human Reproduction*, 13(6), 1691-1695.

## Hội thảo và tập huấn Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung lần III

Vào ngày 20/11/2010 vừa qua, HOSREM đã phối hợp cùng với Bệnh viện Phụ Sản Quốc tế Phương Châu tổ chức thành công Hội thảo chuyên đề Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung dành cho các đại biểu khu vực đồng bằng sông Cửu long. Hội thảo đã thu hút trên 100 đại biểu từ các bệnh viện và trung tâm y tế khu vực đồng bằng sông Cửu Long tham dự.

Chương trình hội thảo gồm 2 phần chính: Báo cáo hội trường và Thực hành. Các đại biểu tham dự phần báo cáo Hội trường đã có dịp nghe trình bày và thảo luận về các vấn đề chính yếu liên quan đến kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) như kích thích buồng trứng trong bơm tinh trùng, một số vấn đề lưu ý trong kỹ thuật bơm tinh trùng, những yếu tố ảnh hưởng tỷ lệ thành công... Hội thảo đã đáp ứng được mục tiêu của các đại biểu tham dự, đó là cung cấp thông tin, cập nhật kiến thức tin cậy và hữu dụng trên thực hành lâm sàng.

Phần thực hành của hội thảo có sự tham gia của 25 học viên là các bác sĩ, cử nhân sinh học, kỹ thuật viên đang

công tác tại các bệnh viện ở Thành phố Cần Thơ và một số tỉnh lân cận trong khu vực như Trà Vinh, Kiên Giang, An Giang... Các học viên chia thành 2 nhóm thực hành Kỹ thuật bơm tinh trùng và Kỹ thuật chuẩn bị tinh trùng. Với sự tham gia giảng dạy nhiệt tình của đội ngũ giảng viên bao gồm các chuyên gia nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, học viên hoàn tất khóa học đã có thể nắm vững các nguyên tắc và thực hiện đúng, đầy đủ các bước thao tác kỹ thuật. Nhờ phương pháp giảng dạy tích cực, trực quan, như thảo luận nhóm, cung cấp các video clip thao tác kỹ thuật, dụng cụ thực hành đầy đủ cho mỗi học viên, khóa học đã được đánh giá rất cao bởi các học viên tham dự.

Để đáp ứng nhu cầu cập nhật kiến thức và chia sẻ kinh nghiệm của nhân viên y tế khu vực đồng bằng sông Cửu Long về các vấn đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản, HOSREM dự kiến sẽ tiếp tục tổ chức các hội nghị, hội thảo và tập huấn chuyên ngành tại đây trong thời gian sắp tới.

Văn phòng HOSREM