

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



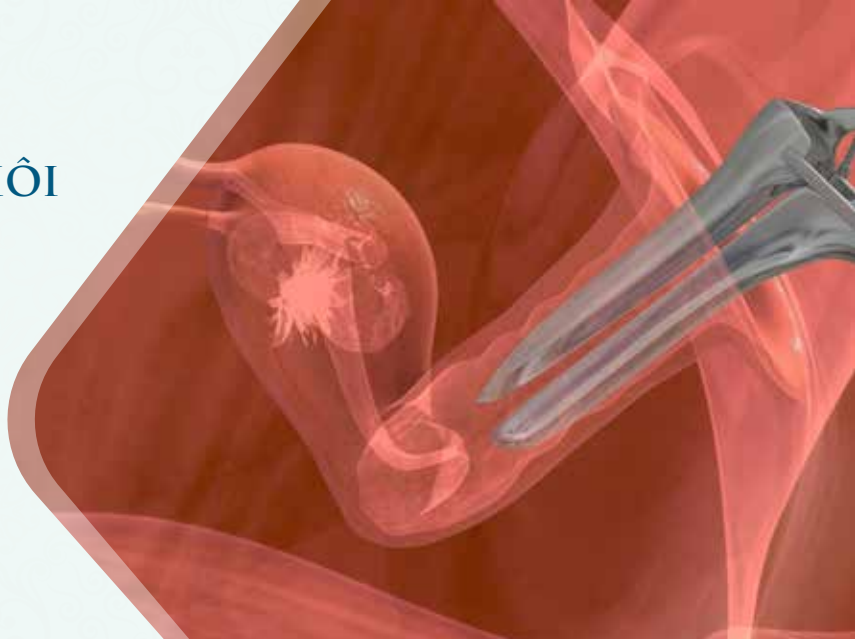
Abbott



KỸ THUẬT CHUYỂN PHÔI

Hồ Ngọc Anh Vũ

Bệnh viện Mỹ Đức



ĐẠI CƯƠNG

Thụ tinh trong ống nghiệm là kỹ thuật điều trị hiếm muộn phổ biến nhất hiện nay. Nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị đã được áp dụng để cải thiện tỷ lệ có thai của kỹ thuật này. Mặc dù vậy, tỷ lệ thai từ điều trị thụ tinh trong ống nghiệm cũng chỉ được báo cáo ở mức 30,1% theo Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ năm 2015 (American Society for Reproductive Medicine – ASRM). Thành công của kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm phụ thuộc vào nhiều yếu tố từ thời điểm kích thích buồng trứng, chọc hút noãn, nuôi cấy phôi tới chuyển phôi; trong đó, chuyển phôi là bước cuối cùng nhưng cũng là quan trọng nhất trong quy trình. Mục tiêu của chuyển phôi là đưa thành công phôi vào một vị trí trong lòng tử cung với tỷ lệ thành công là cao nhất. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ có thai sau chuyển phôi giữa các nhà lâm sàng. Ngoài ra, kỹ thuật chuyển phôi không có nhiều thay đổi kể từ khi được mô tả lần đầu năm 1984 (Edwards và cs, 1984). Hiện tại, chưa có phác đồ chung cho kỹ thuật chuyển phôi và có rất ít đồng thuận dựa trên y học chứng cứ nhằm tối ưu khả năng thành công của kỹ thuật này. Bài viết đề cập đến các vấn đề liên quan đến kỹ thuật chuyển phôi.

KỸ THUẬT CHUYỂN PHÔI QUA CỔ TỬ CUNG

Kỹ thuật chuyển phôi qua cổ tử cung là kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất hiện nay. Trong trường

hợp chuyển phôi qua cổ tử cung khó khăn, các kỹ thuật khác có thể được sử dụng bao gồm: kỹ thuật chuyển phôi xuyên cơ tử cung và chuyển phôi vào trong lòng ống dẫn trứng (intra-Fallopian tube transfer, EIFT). Tuy nhiên, vì tính chất can thiệp nhiều, nên hai kỹ thuật này ít được sử dụng trong thực hành lâm sàng. Trong kỹ thuật chuyển phôi qua cổ tử cung, bệnh nhân nằm ở tư thế sản phụ khoa. Đặt mỏ vịt vô trùng vào âm đạo nhằm bộc lộ cổ tử cung. Lau sạch chất nhầy cổ tử cung nhằm giảm các yếu tố ảnh hưởng đến phôi. Đặt catheter qua kênh cổ tử cung vào lòng tử cung, ấn piston để đẩy phôi vào lòng tử cung. Catheter sau khi rút ra sẽ được kiểm tra lại bởi chuyên viên phôi học nhằm loại trừ việc còn sót phôi trong catheter và đánh giá có máu hoặc chất nhầy cổ tử cung hay không. Một lần chuyển phôi thuận lợi là khi catheter di chuyển dễ dàng trong kênh cổ tử cung, không có sự có mặt của máu/chất nhầy (không có sự cản trở trong quá trình di chuyển của catheter), không phải sử dụng các phương tiện hỗ trợ khác, việc chuyển phôi được tiến hành trong một thời gian ngắn.

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CỦA CHUYỂN PHÔI

Nguyên tắc chung

Các nguyên tắc quan trọng nhất cần được tôn trọng trong quá trình chuyển phôi bao gồm: bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn, phôi được chuyển cho đúng bệnh nhân và phôi được chuyển đúng vị trí

trong buồng tử cung với sang thương là tối thiểu.

Nguyên tắc lâm sàng

Đầu tiên, người bác sĩ cần tránh gây co thắt tử cung dẫn đến tống xuất phôi sau khi chuyển phôi. Để bảo đảm yếu tố này, bác sĩ cần thao tác nhẹ nhàng, tránh sử dụng các dụng cụ gây co thắt tử cung (pozzy, nong cổ tử cung) hay chạm catheter vào đáy tử cung. Đây là một trong những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến kết quả chuyển phôi thành công. Tiếp theo, cần tránh làm tổn thương nội mạc kênh cổ tử cung và nội mạc tử cung. Việc sử dụng catheter mềm được chứng minh cải thiện kết cục điều trị thụ tinh ống nghiệm. Bên cạnh đó, cần lấy sạch chất nhầy cổ tử cung ở thời điểm chuyển phôi có lợi ích trong việc cải thiện tỷ lệ thai lâm sàng và sinh sống. Việc lấy chất nhầy cần được tiến hành nhẹ nhàng. Cuối cùng, cần đặt phôi vào buồng tử cung ở vị trí thích hợp. Để hỗ trợ tốt nhất cho việc chuyển phôi, cần sử dụng loại đầu dò siêu âm phù hợp. Việc trì hoãn rút catheter sau khi bơm phôi vào buồng tử cung không giúp tăng tỷ lệ thai. Không đủ bằng chứng cho thấy việc có máu ở đầu catheter, việc chuyển lại phôi sau sót phôi liên quan đến kết quả có thai.

Nguyên tắc labo

Labo và chuyên viên phôi học cần chọn lựa phôi và thời điểm chuyển phôi thích hợp, hạn chế tối đa sự phơi nhiễm của phôi với môi trường bên ngoài tủ cấy, thao tác hút phôi nhẹ nhàng, nhanh chóng và chuyển catheter đã hút phôi cho bác sĩ lâm sàng trong thời gian nhanh nhất.

CÁC VẤN ĐỀ LÂM SÀNG CỦA KỸ THUẬT CHUYỂN PHÔI

Các vấn đề trước chuyển phôi

Kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng

Kinh nghiệm lâm sàng của thầy thuốc là yếu tố quan trọng và có ảnh hưởng đến kết cục của chu kỳ điều trị thụ tinh ống nghiệm (Angelini và cs, 2006).

Chuyển phôi thử (trial/ mock transfer)

Việc chuyển phôi thử có thể được tiến hành vào nhiều thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị thụ tinh ống nghiệm bao gồm: (i) ở lần khám

và cho toa đầu tiên, (ii) trong quá trình kích thích buồng trứng, (iii) ở ngày chọc hút noãn và (iiii) ở thời điểm ngay trước khi việc chuyển phôi thật sự được tiến hành. Vai trò của việc chuyển phôi thử là nhằm giảm thiểu các ảnh hưởng của việc chuyển phôi khó lên kết quả thai (Schoolcraft và cs, 2001) do đánh giá được trước chiều dài/ hướng của kênh cổ tử cung, các khó khăn khác có thể gặp phải khi chuyển phôi. Thời điểm tốt nhất để thực hiện kỹ thuật chuyển phôi thử vẫn là càng gần thời điểm chuyển phôi càng tốt.

Lấy chất nhầy cổ tử cung

Chất nhầy cổ tử cung có thể dẫn đến các vấn đề như sau: (i) cản trở việc bơm phôi, (ii) tăng nguy cơ sót phôi do kéo ngược phôi trở lại vào catheter, (iii) có thể làm giảm tỷ lệ làm tổ của phôi nếu được bơm vào buồng tử cung do gây nhiễm các chủng vi khuẩn ở cổ tử cung (ASRM, 2017). Các nghiên cứu đã chứng minh việc hút chất nhầy cổ tử cung trước chuyển phôi giúp cải thiện tỷ lệ thai. Chất nhầy cổ tử cung có thể được hút bằng 2 cách: sử dụng que tăm bông vô trùng được làm mềm bằng nước muối sinh lý hay môi trường chuyển phôi hoặc bơm môi trường bằng syringe vô khuẩn gắn với catheter chuyển phôi.

Làm trống bàng quang

Chuyển phôi chủ yếu được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm khi bàng quang đầy nước tiểu. Việc này giúp làm giảm các sang chấn, chuyển phôi dễ dàng hơn đặc biệt khi tử cung gấp trước nhiều (Lewin và cs, 1997). Tuy nhiên, tổng quan của Derks và cộng sự năm 2009 cho thấy không có sự khác biệt về kết quả thai giữa các chu kỳ bàng quang đầy hoặc không (Derk và cs, 2009). Việc để bàng quang đầy có các nhược điểm bao gồm: (i) bàng quang căng tức gây khó chịu, (ii) mất thời gian để làm đầy bàng quang, (iii) tâm lý lo lắng khi bệnh nhân phải đi tiểu ngay sau khi chuyển phôi xong (Abou-Setta, 2007). Ngoài ra, bàng quang đầy còn gây ra khó khăn cho việc quan sát nội mạc tử cung trên siêu âm nhất là ở các bệnh nhân béo phì và tử cung gấp sau hoặc có bất thường về cấu trúc (Lorusso và cs, 2005).

Các vấn đề khi chuyển phôi

Vị trí đặt phôi

Vì chiều dài lòng tử cung ở mỗi bệnh nhân khác nhau do đó cần sử dụng đầu tử cung như một mốc cố định nhằm xác định vị trí đặt phôi. Trước đây, phôi thường được đặt ở gần đáy tử cung làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung. Các nghiên cứu hiện nay cho thấy kết quả điều trị đạt tối ưu khi vị trí đặt phôi cách đáy tử cung từ 15 – 20 mm (Pope và cs, 2004; Coroleu và cs, 2002). Một số nghiên cứu cũng được tiến hành nhằm đánh giá ảnh hưởng của bóng khí trong catheter khi chuyển phôi. Kết quả cho thấy bóng khí càng gần đáy tử cung (nhất là khi < 10 mm) cho kết quả thai càng tốt (Cenksoy và cs, 2014).

Hướng dẫn của siêu âm

Việc chuyển phôi dưới hướng dẫn của siêu âm giúp tránh được việc kích thích sự co bóp của lớp nội mạc - cơ tử cung và tổn thương nội mạc tử cung khi chuyển phôi "mù". Sử dụng siêu âm đã được chứng minh giúp cải thiện tỷ lệ thai lâm sàng, xác định được vị trí đặt phôi trong lòng tử cung, quan sát được hoạt động của bóng khí, sự cố định của catheter khi bơm vào tử cung, giúp cho việc chuyển phôi diễn ra dễ dàng hơn nhất là khi cấu trúc tử cung có bất thường và cuối cùng là tránh được các sang chấn gây ra cho đáy tử cung khi chuyển phôi (Abou-Setta và cs, 2007; Buckett và cs, 2003 ; Brown và cs, 2015; Matorras và cs, 2002) Tuy nhiên, sử dụng siêu âm khi chuyển phôi cũng có những nhược điểm nhất định như đòi hỏi có nhân lực được đào tạo về siêu âm, trang thiết bị và không gian. Một số trung tâm bắt đầu sử dụng siêu âm ngả âm đạo khi chuyển phôi. Siêu âm ngả âm đạo không đòi hỏi bàng quang đầy nên giảm khó chịu cho bệnh nhân, hình ảnh với tính chất của siêu âm ngả âm đạo cũng rõ ràng hơn. Tuy nhiên, việc tiến hành siêu âm và chuyển phôi qua ngả âm đạo cùng lúc gây nhiều khó khăn hơn khi thực hiện. Ngoài ra, khoảng 20% bệnh nhân có vị trí của catheter trên siêu âm khác với thực tế; do đó, siêu âm 3 chiều cũng được sử dụng gần đây (Porat và cs, 2010; Letterie, 2005).

Thể tích và loại môi trường chuyển phôi

Chưa có đồng thuận chung về thể tích môi trường sử dụng cho chuyển phôi. Các nghiên cứu trước đây ghi nhận tác động của thể tích môi trường đưa vào lòng tử cung khi chuyển phôi như sau: thể tích <10 µl làm giảm tỷ lệ có thai, >40 µl giúp tối ưu hoá khả năng có thai, >60 µl gây khó khăn cho quá trình chuyển phôi do có nhiều bóng khí trong catheter và có thể đẩy phôi vào kênh cổ tử cung (Ebner và cs, 2001; Montag và cs, 2002; Poindexter và cs, 1986). Tuy nhiên, theo khuyến cáo mới nhất về chuyển phôi năm 2017 của Hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ, lượng môi trường chứa phôi đưa vào buồng tử cung phù hợp là từ 15 đến 20 µl (ASRM, 2017). Việc bổ sung acid hyaluronic vào môi trường chuyển phôi để làm tăng tỷ lệ thai là vấn đề còn nhiều tranh cãi (Bontekoe và cs, 2014).

Sự có mặt của vi khuẩn trên đầu catheter chuyển phôi

Lòng tử cung vốn dĩ luôn được cho là vô khuẩn nhưng lại có khả năng chịu tác động bởi vi khuẩn âm đạo. Sự có mặt của hệ vi khuẩn không được chiếm ưu thế bởi Lactobacillus trong nội mạc tử cung từ âm đạo hay cổ tử cung có những ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả thai và cần được xem như là một yếu tố có liên quan đến tình trạng thất bại làm tổ. Tuy nhiên, vì chứng cứ liên quan đến vấn đề này chưa rõ ràng, việc sử dụng kháng sinh dự phòng trước chuyển phôi chưa được khuyến cáo (ASRM, 2017).

Các vấn đề sau chuyển phôi

Rút catheter

Việc duy trì ổn định áp lực của piston khi nhẹ nhàng rút catheter ra khỏi lòng tử cung là vô cùng quan trọng nhằm giảm thiểu nguy cơ sót phôi (Masour và cs, 2002). Về thời gian lưu catheter trong lòng tử cung sau bơm phôi, các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về kết quả thai giữa việc rút ngay lập tức hay trì hoãn rút catheter (Martinez và cs, 2001; ASRM, 2017).

Chuyển phôi khó

Khi tiến hành chuyển phôi, việc phải sử dụng catheter cứng, các phương tiện hỗ trợ hay can thiệp nhiều hơn đều làm giảm khả năng có thai (Singh

và cs, 2012). Nguyên nhân chủ đạo của tình trạng chuyển phôi khó là kênh cổ tử cung hẹp, tử cung ngã/gập trước hoặc ngã/gập sau nhiều (Lass và cs, 1999). Chuyển phôi khó gây ra sang chấn nội mạc tử cung, có máu trong catheter và kích thích co bóp của tử cung khi catheter chạm vào đáy tử cung.

Đầu catheter có máu hay chất nhầy

Đầu catheter có máu là hậu quả và biểu hiện của chuyển phôi khó khăn. Máu khi vào lòng tử cung có thể gây ảnh hưởng đến sự làm tổ của phôi. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại cho thấy ảnh hưởng này là không rõ ràng (ASRM, 2017). Sự có mặt của chất nhầy cổ tử cung trên đầu catheter làm tăng nguy cơ sót phôi, gây cản trở cơ học ở đầu catheter, có thể gây sang chấn cho phôi khi rút catheter, ảnh hưởng đến vị trí của phôi trong lòng tử cung hoặc là nguồn lây nhiễm vi khuẩn của cổ tử cung (Visschers và cs, 2007; Eskandar, 2007).

Sót phôi

Sót phôi xảy ra ở 3,9% các chu kỳ chuyển phôi (Lee và cs, 2004). Để tránh tình trạng phôi bị hút ngược lại vào catheter sau bơm phôi dẫn đến sót phôi, việc duy trì áp lực của piston khi rút catheter là rất cần thiết. Bên cạnh đó, cần rút catheter một cách nhẹ nhàng sau khi bơm phôi xong (Hearns-Stokes và cs, 2000). Việc chuyển ngược trở lại phôi sót vào lòng tử cung không làm ảnh hưởng đến tỷ lệ thai (Lee và cs, 2004).

Cơ bóp tử cung

Cơ co tử cung xuất phát từ vùng chuyển tiếp của cơ và nội mạc tử cung. Sự có mặt và tần số cơ co tử cung ở thời điểm chuyển phôi làm giảm tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ làm tổ. Các giải pháp để phòng ngừa sự xuất hiện của các cơn co bao gồm: hạn chế tác động vào đáy tử cung, không sử dụng catheter cứng, catheter nằm quá lâu trong lòng tử cung hay tác động quá mức vào cổ tử cung. Ngoài ra, nồng độ estradiol cao quá mức sinh lý trong các chu kỳ kích thích buồng trứng cũng có thể gây ra cơn co. Cơ chế do estradiol làm tăng độ nhạy với thụ thể oxytocin trong cơ tử cung (Richter và cs, 2004). Việc truyền yếu tố đối vận với oxytocin được

chứng minh có thể làm giảm co bóp của cơ tử cung. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng của Blockeel và cộng sự năm 2009 cho thấy sử dụng atosiban cải thiện tỷ lệ thai (Blockeel và cs, 2009). Ngoài ra, việc sử dụng atosiban ở các chu kỳ chuyển phôi thử giúp cải thiện tỷ lệ làm tổ và tỷ lệ thai lâm sàng trên bệnh nhân có thất bại làm tổ liên tiếp (Vương Thị Ngọc Lan và cs, 2012).

Chăm sóc sau chuyển phôi

Trong thực hành chăm sóc sau chuyển phôi, nằm nghỉ tại chỗ sau chuyển phôi là vấn đề được bàn luận và quan tâm nhiều nhất. Bằng chứng tốt cho thấy không nên khuyến cáo nằm nghỉ tại chỗ sau chuyển phôi (ASRM, 2017).

KẾT LUẬN

Chuyển phôi là một bước hết sức quan trọng trong quy trình thụ tinh ống nghiệm. Kết quả của quá trình chuyển phôi dao động và phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. Các yếu tố chính giúp cải thiện tỷ lệ thai sau chuyển phôi theo y học chứng cứ hiện nay bao gồm: tiến hành chuyển phôi thử, chuyển phôi dưới hướng dẫn của siêu âm, loại bỏ chất nhầy cổ tử cung, sử dụng catheter mềm, đầu catheter đặt ở vị trí phía trên hoặc giữa buồng tử cung, vị trí bơm phôi cách đáy ít nhất 1 cm, không cần lưu catheter sau khi bơm phôi xong, không cần nằm nghỉ sau chuyển phôi (Mariani và Bellver, 2017; ASRM, 2017).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abou-setta AM (2007). Effect of passive uterine straightening during embryo transfer: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol*.86:516-22.
2. Abou-setta AM, Mansour RT, Al-Inany HG, Aboulghar MM, Aboulghaur MA, Serour G (2007). Among women undergoing embryo transfer, is the probability of pregnancy and live birth improved with ultrasound guidance over clinical touch alone? A systemic review and meta-analysis of prospective randomized trials. *Fertil Steril*.88:333-41.
3. American Society for Reproductive Medicine (2015). Clinical summary report, https://www.sartcorsonline.com/rptCSR_PublicMultYear.aspx?ClinicPKID=0#donor-thawed-embryo
4. Angelini A, Brusco GF, Barnocchi N, El-Danasouri I, Pacchiarotti A, Selman HA (2006). Impact of physician performing embryo transfer on pregnancy rates in an assisted reproductive program. *J Assist Reprod Genet*.23:329-32.
5. Blockeel C, Pierson R, Popovic-Todorovic B, Visnova H, Garcia-Velasco JA, Mrazek M, Barri PN, Pierzynski P, Kuczynski W, Devereoy P, Breinholt V, Erichen L, Klein BM, Arce JC (2009). Effects of atosiban and atosiban on frequency of uterine contractions in the luteal phase after stimulation: a randomized placebo controlled trial. *Hum. Reprod*. 24 (Suppl. 1), i26.
6. Bontekoe S, Heineman MJ, Johnson N, Blake D (2014). Adherence compounds in embryo transfer media for assisted reproductive technologies. *Cochrane Db Syst Rev*.2:CD007421.

 **Mời xem tiếp**
ở trang 81

KẾT LUẬN

- Khảo sát cơ bản ban đầu cần được thực hiện khi tiếp cận một trường hợp vô tinh nam bao gồm: khai thác kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng, bilan nội tiết nam bao gồm testosterone và FSH cũng như xét nghiệm di truyền khi cần thiết.
- Nam giới vô tinh không tắc nghẽn (ngoại trừ trường hợp suy sinh dục do nguyên nhân trung ương) nên được tư vấn làm xét nghiệm di truyền để loại trừ đột biến nhiễm sắc thể và vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y.
- Trong trường hợp suy sinh dục do nguyên nhân trung ương, nên hỏi về tiền sử sử dụng androgen ngoại sinh và nên kiểm tra nồng độ prolactin và hình ảnh tuyến yên để loại trừ bệnh lý tại tuyến yên.

- Nam giới có bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh nên được giả định rằng có mang gen đột biến CFTR (ngoại trừ trường hợp bất sản hoặc thiếu sản thận) và người vợ cũng nên được kiểm tra về di truyền. Cả hai vợ chồng nên được tư vấn di truyền, cho dù ngay cả khi xét nghiệm của vợ là bình thường.
- Trong trường hợp nam giới vô tinh với thể tích xuất tinh thấp và có thể sờ được ống dẫn tinh, thăm sát và sinh thiết tinh hoàn nên được thực hiện để xác nhận sự tắc nghẽn. Siêu âm ngả trực tràng nên được sử dụng để xác định các trường hợp tắc nghẽn ống phóng tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Lược dịch từ: Reproduction Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Male & Urology 2018. Evaluation of the Azoospermic Male: A Committee Opinion. Fertil Steril, 109(5), 777-782.

Tiếp theo trang 75 ➔ KỸ THUẬT CHUYỂN PHÔI

7. Brown J, Buckingham K, Abou-Setta AM, Buckett W (2010). Ultrasound versus "clinical touch" for catheter guidance during embryo transfer in women. Cochrane Db Syst Rev:1.CD006107.
8. Buckett WM (2003). A meta-analysis of of ultrasound-guided versus clinical touch embryo transfer. Fertil Steril.80:1037-41
9. Cenksöy PO, Ficioglu C, Yesiladali M, Akcin OA, Kaspar C (2014). The importance of the length of uterine cavity, the position of the tip of the inner catheter and the distance between the fundal endometrial surface and the air bubbles as determinants of the pregnancy rate in IV F cycles. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.172:46-50
10. Coroleu B, Barri PN, Carrera O, Martinez F, Parriego M, Hereter L et al (2002). The influence of the depth of the embryo replacement into the uterine cavity on implantation rates after IV F: A controlled, ultrasoundguided study. Hum Reprod.17:341-6.
11. Derks RS, Farquhar C, Mol BWJ (2009). Techniques for preparation prior to embryo transfer. Cochrane Db syst Rev.4.CD007628.
12. Ebnert, Yaman C, Moser M, Sommergruber M, Pölz W, Tews G (2001). The ineffective loading process of the embryo transfer catheter alters implantation and pregnancy rates. Fertil Steril.76:630-2.
13. Edwards RG, Fishel SB, Cohen J, Ferhilly CB, Purdy JM, Slater JM et al (1984). Factors influencing the success of in vitro fertilization for alleviating human infertility. J In Vitro Fert Embryo Transf.1:3-23.
14. Eskandar MA, Abou-Setta AM, El-Amin M, Almushait MA, Sobande AA (2007). Removal of cervical mucus prior to embryo transfer improves pregnancy rates in women undergoing assisted reproduction. Reprod Online.14:308-13.
15. Hearn-Stokes RM, Miller BT, Scott L, Creuss D, Chakraborty PK, Segars JH (2000). Pregnancy rates after embryo transfer depend on the provide at embryo transfer. Fertil Steril.74:80-6.
16. Lan VT, Khang VN, Nhu GH, Tuong HM (2012). Atosiban improves implantation and pregnancy rates in patients with repeated implantation failure. Reprod Biomed Online.25(3):254-60.
17. Lass A, Abusheikha N, Brinsden P (1999). The effect of difficult embryo transfer on the outcome of IV F. Hum Reprod.14:2417-20.
18. Lee HC, Seifer DB, Shelden RM (2004). Impact of retained embryos on the outcome of assisted reproductive technologies. Fertil Steril.82:334-7
19. Letterie GS (2005). Three-dimensional ultrasound-guided embryo transfer: A preliminary study. Am J Obstet Gynecol.192:1983-8.
20. Lewin A, Schenker JG, Avrech O, Shapira S, Safran A, Friedler S (1997). The role of uterine Straightening by passive bladder distension before embryo transfer in I VF cycles. J Assist Reprod Genet.14:32-4.
21. Lorusso F, Depalo R, Bettocchi S, Vacca M, Vimercati A, Selvaggi L (2005). Outcome of in vitro fertilization after transabdominal ultrasound-assisted embryo transfer with a full or empty bladder. Fertil Steril.84:1046-8.
22. Mansour RT, Aboulghar MA (2002). Optimizing the embryo transfer technique. Hum Reprod.17:1 149-53.
23. Mariani G and Beller C (2017) Embryo transfer. In: GARNER D, SIMÓN C (eds.). Handbook of in vitro fertilization. Fourth edition. Boca Raton, FL: CRC Press.
24. Martinez F, Coroleu B, Parraiego M, Carreras O, Belil I, Parera N et al (2001). Ultrasound-guided embryo transfer: Immediate withdrawal of the catheter versus a 30 second wait. Hum Reprod.16:871-4.
25. R. Matorras E, Urquijo R, Mendoza B, Corcóstequi A, Expósito F.J, Rodríguez-Escudero (2002). Ultrasound-guided embryo transfer improves pregnancy rates and increases the frequency of easy transfers. Hum Reprod.17:1762-6.
26. Montag M, Kupka M, Van Der Ven K, Van Der Ven H (2002). Embryo transfer on day 3 using low versus high fluid volume. Eur J Obstet Gyn R B.102:57-60
27. Poindexter ANI, Thompson DJ, Gibbons WE, Findley WE, Dodson MG, Young RL (1986). Residual embryos in failed embryo transfer. Fertil Steril.46:262-7.
28. Pope CD, Cook EK, Arny M, Novak A, Grow DR (2004). Influence of embryo transfer depth on in vitro fertilization and embryo transfer outcomes. Fertil Steril.81:51-8.
29. Porat N, Boehnlein LM, Schouweiler CM, Kang J, Lindheim SR (2010). Interim analysis of a randomized clinical trial comparing abdominal versus transvaginal ultrasound-guided embryo transfer. J Obstet Gynaecol Res.36:384-92.
30. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Performing the embryo transfer: a guideline. Fertil Steril.107(4):882-896.
31. Richter ON, Kubler K, Schomolling J, Kupka M, Reinsberg J, Ulrich U (2004). Oxytocin receptor gene expression of estrogen-stimulated human myometrium in extracorporeally perfused non-pregnant uteri. Hum Reprod.10:339-46
32. Schoolcraft WB, Surrey ES, Gardner DK (2001). Embryo transfer: Techniques and variables affecting success. Fertil Steril.76:863-70.
33. Singh N, Gupta P, Mittal S, Malhotra N (2012). Correlation of technical difficulty during embryo transfer with rate of clinical pregnancy. J Hum Reprod Sci.5:258-61.
34. Teixeira DM, Dassunc LA, Vieira CV R, Barbosa MA, Coelho Neto MA, Nastri Co et al (2015). Ultrasound guidance during embryo transfer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ultrasound Obstet Gynecol.45:139-48.
35. Visschers BA, Bots RS, Peeters MF, Mol BW, Van Dessel HJ (2007). Removal of cervical mucus: Effect on pregnancy rates in IVF/ICSI. Reprod Biomed Online.15:310-5.