



GIANG HUỲNH NHƯ

THẠC SĨ – BÁC SĨ

Bệnh viện Mỹ Đức

Việt Nam

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
LẦN THỨ
TP. HỒ CHÍ MINH, 19 & 20/5/2016



KỸ THUẬT IUI – CẬP NHẬT Y HỌC CHỨNG CỨ

Ths.Bs. Giang Huỳnh Như
IVFMD

- IUI là kỹ thuật điều trị phổ biến nhất
- IUI dễ thực hiện, rẻ tiền và ít căng thẳng đối với các bệnh nhân
- Vẫn còn tranh cãi về việc liệu IUI có phải là một cách điều trị hiệu quả với nhiều chỉ định khác nhau không

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC IUI

- Bệnh sử cận kẽ: thời gian vô sinh, chu kỳ kinh nguyệt và đánh giá nguy cơ có tổn thương vòi trứng
- Tinh dịch đồ
- Khám phụ khoa và siêu âm
- Xét nghiệm nội tiết đối với các vấn đề về phóng noãn

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC IUI

- Chụp cản quang tử cung – vòi trứng (HSG) và xét nghiệm kháng thể chlamydia (CAT)
 - HSG: xét nghiệm được chỉ định sau cùng
 - xâm lấn
 - Biến chứng: nhiễm trùng hay tổn thương cơ quan sinh dục hay vùng chậu
 - Chỉ định: bệnh nhân có nguy cơ cao tổn thương vòi trứng

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC IUI

- Kháng thể kháng tinh trùng (ASA)
 - Không được thực hiện thường quy
 - Không tiên đoán khả năng có thai tự nhiên
- Xét nghiệm sau giao hợp
 - Từng là một phần trong chẩn đoán vô sinh
 - RCT ở các bệnh nhân vô sinh do yếu tố cổ tử cung: không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa IUI so với các bệnh nhân không được điều trị (Steures, 2007)

CHỈ ĐỊNH CHO IUI

- Tỷ lệ có thai đầ: 25-50% sau 3-9 chu kỳ IUI (Ben, 2014)
- Các nước đã phát triển: IUI có hay không có KTBT đượ chọn trước khi tiến hành IVF
- Các nước đang phát triển: IUI cần đượ áp dụng cho các bệnh nhân có chỉ định phù hợp

CHỈ ĐỊNH CHO IUI

- Yếu tố tại cổ tử cung
 - IUI + chu kỳ tự nhiên làm tăng đáng kể cơ hội có thai (Steures, 2007)
- Do chồng
 - IUI có thể được chỉ định nếu TSTTĐĐ sau lọc rửa từ $0.8 \cdot 10^6$ to $5 \cdot 10^6$ (Van Weert, 2004)
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân
 - IUI + chu kỳ tự nhiên: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Verhulst, 2006)
 - IUI + KTBT: cải thiện đáng kể tỉ lệ sinh sống (Verhulst, 2006)

CHỈ ĐỊNH CHO IUI

- Lạc nội mạc tử cung
 - LNMTC nhẹ (American Fertility Society grade 1 và 2) có thể được điều trị như vô sinh chưa rõ nguyên nhân
 - LNMTC trung bình và nặng: không có vai trò của IUI (Ben, 2014)
- Các bất thường liên quan đến tình dục
 - Không cần IUI
 - Xuất tinh ngược dòng: lọc rửa tinh trùng + IUI
- Rối loạn chức năng buồng trứng
 - KTBT + IUI trong trường hợp rối loạn chức năng buồng trứng + yếu tố do chồng

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Tuổi vợ
 - Tỷ lệ vô sinh:
 - 20s: 4%
 - > 35: 10-20%
 - Tỷ lệ thai diễn tiến # 0% ở tuổi 41 (Ben, 2014)
 - Vô sinh chưa rõ nguyên nhân hay bất thường tinh dịch đồ nhẹ: ảnh hưởng của tuổi vợ càng rõ rệt

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Tuổi chồng

- Các chỉ số của TĐĐ bắt đầu giảm sau tuổi 35
- Khả năng sinh sản của nam giới duy trì khá trẻ, có thể đến 94 tuổi (Seymour, 1935)
- Nam giới có vợ > 35 tuổi: tuổi chồng $\geq 40 \rightarrow$ ảnh hưởng xấu lên sự thành công của IUI (Brzechffa, 1997)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Chất lượng tinh trùng
 - Tinh dịch đồ bình thường: Đạt tiêu chuẩn WHO 2010
 - Chỉ có giá trị tiên lượng trong thai tự nhiên
 - Không có giá trị trong tiên lượng thai sau IUI

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Chất lượng tinh trùng

- TSTTĐĐ (total motile sperm count) = thể tích * nồng độ * tinh trùng di động tiến tới
- Chẩn đoán vô sinh nam
 - TSTTĐĐ > 3×10^6 : nhẹ
 - TSTTĐĐ 1 – 3×10^6 : trung bình
 - TSTTĐĐ < 1×10^6 : nặng
- Sau lọc rửa, khoảng 70% tinh trùng di động mất đi
- IUI có thể được chỉ định nếu TSTTĐĐ từ 0.8×10^6 đến 5×10^6 (Van Weert, 2004)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Kỹ thuật lọc rửa tinh trùng
 - 3 kỹ thuật
 - Kỹ thuật pha loãng và rửa đơn giản
 - Pha loãng tinh dịch từ 5-10 lần
 - Quay ly tâm 2 lần
 - Kỹ thuật Swim-up
 - Lựa chọn tinh trùng dựa trên: khả năng bơi ra khỏi tinh dịch của tinh trùng
 - Không loại được tinh trùng bất thường
 - ROS vẫn còn trong tinh dịch
 - Kỹ thuật thang nồng độ (Density gradient centrifugation - DGC)
 - Lựa chọn tinh trùng dựa trên trọng lượng của tinh trùng
 - Tinh trùng có hình thái bình thường: trọng lượng=1.12g/ml
 - Tinh trùng non bất thường: trọng lượng=1.06-1.09g/ml

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Kỹ thuật lọc rửa tinh trùng
 - Kỹ thuật thang nồng độ: trội hơn các phương pháp khác
 - Cải thiện số tinh trùng bình thường với di động A và toàn vẹn DNA
 - ROS và nồng độ bạch cầu giảm nhiều
 - Kết quả lâm sàng: không có bằng chứng rõ ràng về kỹ thuật lọc rửa tinh trùng nào trội hơn so với các cách còn lại (Boomsma, 2012)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Số chu kỳ thực hiện
 - Số chu kỳ tối ưu được thực hiện 3-12 chu kỳ
 - Cơ hội có thai diễn tiến cao nhất trong 3 chu kỳ đầu tiên (Aboulghar, 2001; Bendsorp, 2009)
- Độ dày nội mạc tử cung
 - Độ dày NMTC trong các chu kỳ IUI có KTBT mỏng hơn so với IVF
 - Không có mối tương quan giữa độ dày NMTC và tỉ lệ có thai (Ben, 2014)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Bất động sau IUI
 - Tinh trùng có thể đến vòi trứng 2 phút sau IUI hay giao hợp (Hafez, 1979)
 - Nằm nghỉ 10 đến 15 phút sau IUI có hay không có KTBT, làm cải thiện tỉ lệ thai diễn tiến và sinh sống cộng dồn (Saleh, 2000; Custer, 2009)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

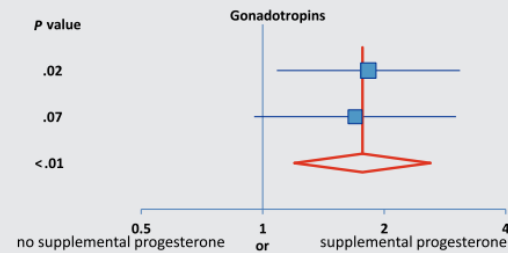
- Kích thích buồng trứng
 - IUI + KTBT: tăng số lượng tinh trùng và trứng cho thụ tinh
 - Mục tiêu của KTBT: 2-3 nang vượt trội → tối ưu khả năng thụ tinh và giảm tỉ lệ đa thai ≥ 3 thai
 - Gonadotropins hiệu quả hơn clomiphene citrate
 - IUI+KTBT trong vô sinh chưa rõ nguyên nhân, yếu tố do chồng nhẹ, LNMTC nhẹ: được chứng minh có hiệu quả (Ben, 2014)

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KẾT QUẢ IUI

- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

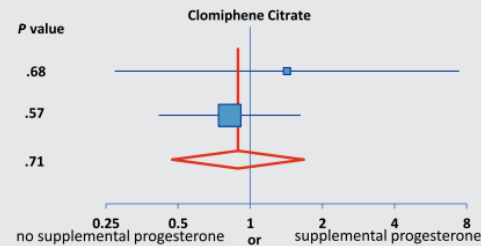
A

Author	Sample size	Measure (CI)	Weight	P value
Erdem	427	1.83 (1.08; 3.08)	54.85	.02
Maher	258	1.69 (0.95; 3.01)	45.15	.07
Synthesis	685	1.77 (1.2; 2.6)	100	<.01



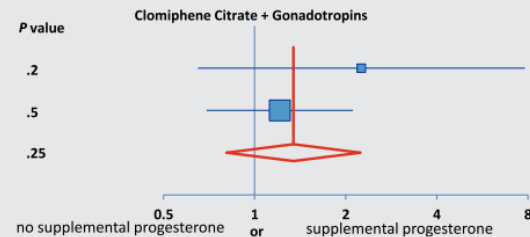
B

Author	Sample size	Measure (CI)	Weight	P value
Agha-Hosseini	38	1.42 (0.27; 7.44)	14.53	.68
Kyrou	452	0.82 (0.41; 1.62)	85.47	.57
Synthesis	490	0.89 (0.47; 1.67)	100	.71



C

Author	Sample size	Measure (CI)	Weight	P value
Agha-Hosseini	66	2.25 (0.65; 7.82)	16.68	.2
Ebrahimi	511	1.21 (0.69; 2.11)	83.32	.5
Synthesis	577	1.34 (0.81; 2.23)	100	.25



Forrest plot of clinical pregnancy in subgroup analysis based on method of ovulation induction. (A) gonadotropins; (B) clomiphene citrate; (C) clomiphene citrate + gonadotropins. CI = confidence interval.

Hill. Progesterone luteal support for IUIs. Fertil Steril 2013.

KẾT LUẬN

- IUI là kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn và rẻ tiền.
- Cập nhật y học chứng nên được xem xét trước khi quyết định điều trị cho bệnh nhân.

- XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN!