

I. TRONG KỸ THUẬT BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

Kích thích buồng trứng (KTBT) trong IUI nhằm tạo ra từ 2-3 nang noãn trưởng thành và phóng noãn để tăng khả năng có thai.

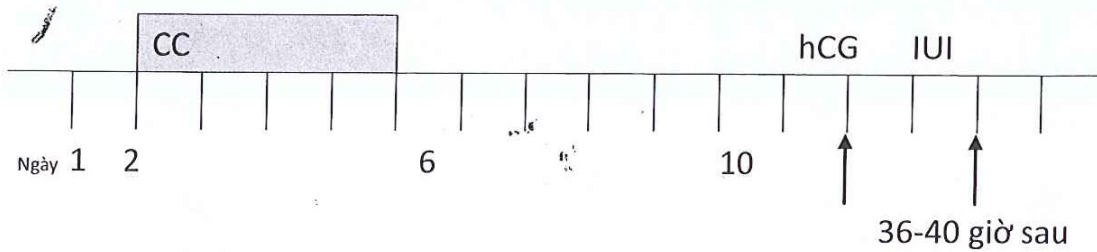
1.1. Các chỉ định IUI

- Bất thường phóng tinh.
- Yếu tố cổ tử cung.
- Tinh trùng yếu.
- Lạc nội mạc tử cung nhẹ và vừa.
- Rối loạn phóng noãn.
- Phối hợp các bất thường trên.
- Bơm tinh trùng người cho trong trường hợp chồng không có tinh trùng.
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

1.2. Các phác đồ KTBT

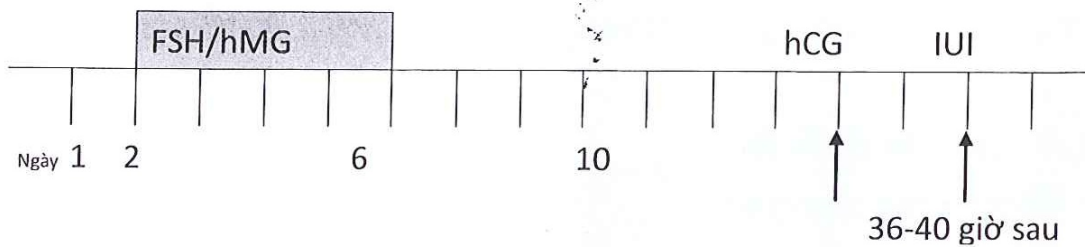
a. Sử dụng Clomiphene Citrate

- Clomiphene Citrate (CC) được sử dụng đường uống với liều 50 - 100 mg từ ngày 2 đến ngày 6 chu kỳ kinh nguyệt.
- Siêu âm theo dõi nang noãn từ ngày 6 hoặc ngày 7 chu kỳ, sau đó mỗi 2 - 3 ngày tùy tốc độ phát triển nang noãn.
- Tiêm bắp hCG 5000 IU gây rụng trứng khi ít nhất 1 nang ≥ 18 mm.
- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung được thực hiện 36 - 40 giờ sau thời điểm tiêm hCG.



- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể bằng Progesterone đặt âm đạo 200 mg/ngày, 2 lần/ngày trong 2 tuần sau bơm tinh trùng.
- Xét nghiệm β hCG máu thử thai sau bơm tinh trùng 2 tuần.

b. Sử dụng gonadotrophins đơn thuần (FSH hoặc hMG)



- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da FSH hoặc hMG mỗi ngày từ ngày 2 hoặc 3 chu kỳ với liều thường dùng là 50 - 75 IU.
- Liều dùng có thể được điều chỉnh tùy thuộc kết quả siêu âm vào ngày 7 chu kỳ hoặc những lần sau đó.
- Thời điểm tiêm hCG và bơm tinh trùng tương tự trên.

II. TRONG KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM (IVF)

Thụ tinh trong ống nghiệm là một kỹ thuật phức tạp và tốn kém. Để tăng cơ hội có thai, bệnh nhân cần được KTBT để thu được khoảng 8 - 10 trứng có chất lượng tốt.

2.1. Các chỉ định IVF

- Tinh trùng chông yếu nặng.
- Bất sản ống dẫn tinh.
- Trường hợp xin tinh trùng do chông không có tinh trùng.
- Yếu tố tai vôi.
- Vợ lớn tuổi.

SẢN KHOA

1

PHỤ KHOA

2

UNG THƯ - PHỤ KHOA

3

GIÁM HỒI SỨC

4

HIỆM MUỘN

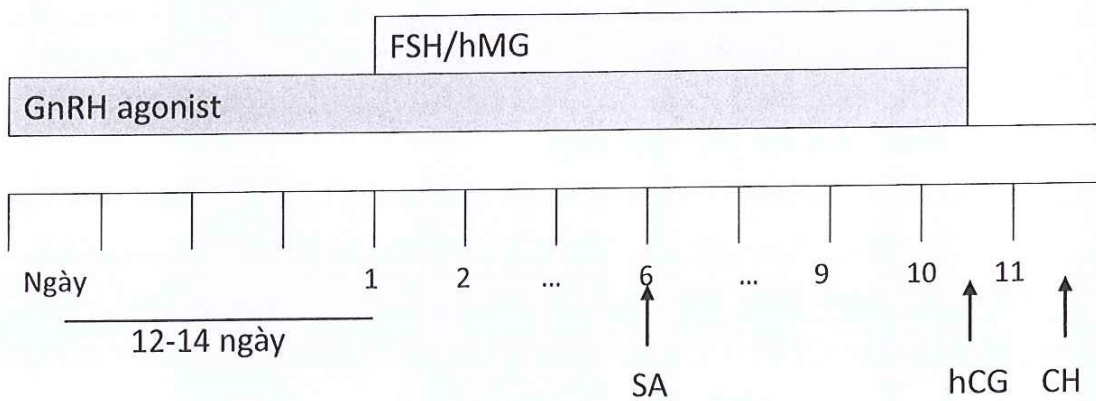
5

- Giảm dự trữ buồng trứng.
- Xin trứng do suy buồng trứng sớm.
- Bom tinh trùng thất bại nhiều lần.

2.2. Các phác đồ KTBT

a. Phác đồ dài (down-regulation)

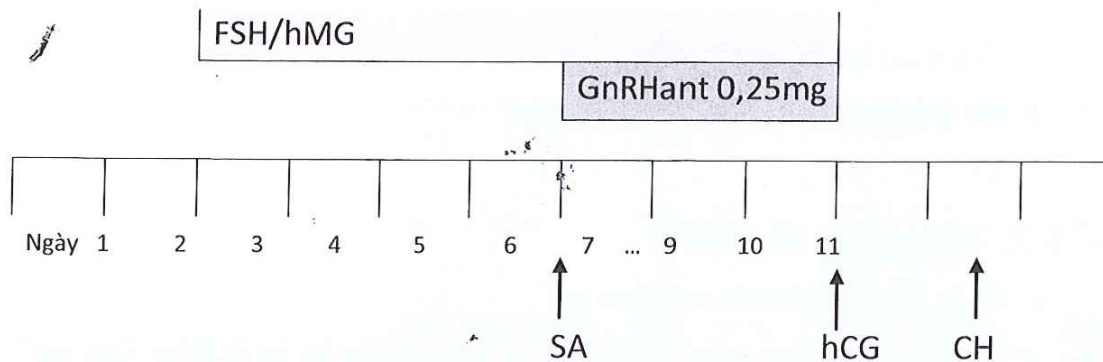
- Tiêm GnRH đồng vận bắt đầu từ ngày 21 chu kỳ kinh (tiêm liên tục trong 12 - 14 ngày).
- Sau đó, xét nghiệm LH, Estradiol máu và siêu âm nếu down regulation đạt yêu cầu thì bắt đầu sử dụng gonadotropins. Gonadotropins được tiêm liên tục KTBT cho đến khi nang noãn trưởng thành.



- Tiêm hCG khi có ít nhất 3 nang ≥ 17 mm.
- Chọc hút trứng 36 - 38 giờ sau tiêm hCG.
- Chuyển phôi được thực hiện ngày 2, ngày 3 hoặc ngày 5 sau chọc hút trứng. Sau chuyển phôi, hỗ trợ hoàng thể với liều 600 - 800 mg/ngày Progesterone.
- Thử thai 2 tuần sau chuyển phôi.

b. Phác đồ GnRH antagonist

- Bắt đầu sử dụng Gonadotropins KTBT vào ngày 2 hoặc 3 chu kỳ kinh.



- GnRH antagonist 0,25 mg/ngày được cho liên tục từ ngày thứ 6 chu kỳ hoặc khi đường kính nang lớn nhất đạt 14 mm cho đến khi tiêm hCG gây rụng trứng.
- Thời điểm tiêm hCG, chọc hút trứng và hỗ trợ hoàng thể tương tự như phác đồ dài.
- Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng, có thể gây trưởng thành nang noãn và rụng trứng bằng GnRH agonist thay cho tiêm hCG. Sau đó, phải hỗ trợ giai đoạn hoàng thể tích cực hoặc phải trữ phôi toàn bộ.

III. CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ Ý KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Khoảng cách giữa đáp ứng tốt với KTBT và quá kích buồng trứng là rất nhỏ.
- Sự đáp ứng với KTBT ở từng người khác nhau sẽ khác nhau, do đó, việc quyết định loại thuốc, liều thuốc, phác đồ KTBT sử dụng và theo dõi trong quá trình KTBT phải được các bác sĩ có kinh nghiệm về sử dụng thuốc KTBT xem xét kỹ.
- Tăng hay giảm liều Gonadotropins cần phải dựa trên siêu âm và nội tiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn và các triệu chứng lâm sàng của người bệnh.
- Ngưng KTBT khi không có nang phát triển hoặc quá nhiều nang phát triển (vì có thể gây nguy cơ quá kích buồng trứng).
- Thời điểm sử dụng hCG gây phóng noãn phù hợp sẽ mang lại hiệu quả cao.

SẢN KHOA 1
 PHỤ KHOA 2
 UNG THƯ - PHỤ KHOA 3
 GIẢI MỆ HỐI SỨC 4
 HIẾM MUỘN 5

- Nếu chu kỳ điều trị thất bại, số lượng nang noãn kém hay nội mạc tử cung mỏng, thay đổi phác đồ KTBT hiệu quả hơn là thay đổi thuốc KTBT.

IV. CÁC ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Đáp ứng kém với KTBT
 - Đáp ứng kém với KTBT xảy ra khoảng 9 - 24% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đáp ứng kém được chẩn đoán khi bệnh nhân được KTBT bằng phác đồ chuẩn với liều FSH từ 300 IU trở lên mà có các dấu hiệu sau:
 - + Số lượng nang noãn phát triển dưới 3 - 5 nang.
 - + Nồng độ Estradiol vào ngày 6 chu kỳ < 200 pg/ml.
 - + Nồng độ Estradiol không tăng hay giảm đi trong quá trình KTBT.
 - + Thời gian KTBT quá dài (trên 18 ngày).
 - + Quá kích buồng trứng.
 - + Đa thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.Fritz, M. & Speroff, L. 2010. *Ovulation Induction. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility. Lippincott Williams and Wilkins.*
2. Huirne, J. A. & Schats, R. 2009. *The use of GnRH agonists. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & SHOHAM, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.*
3. Ludwig, M. 2009. *GnRH antagonist. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.*