

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy với đáp ứng hoàn toàn ngay ban đầu điều trị là yếu tố tiên lượng tốt của bệnh nhân, nên với các khối u nhỏ dưới 3 cm là lựa chọn tốt để tránh các tổn thương còn sót ở rìa khối u, tránh tái phát khối u sau điều trị, với các khối u nhỏ thì diện đốt đảm bảo hoàn toàn được khối u.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng với can thiệp bằng phương pháp điều trị đốt sóng cao tần với khối u gan nhỏ có kết quả và tiên lượng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parkin, D.M., et al., Global cancer statistics,

2002. CA Cancer J Clin, 2005. **55**(2): p. 74-108.
2. **EASL Clinical Practice Guidelines:** Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol, 2018. **69**(1): p. 182-236.
3. **Shiina, S., et al.,** Radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: 10-year outcome and prognostic factors. Am J Gastroenterol, 2012. **107**(4): p. 569-77; quiz 578.
4. **Lencioni, R. and L. Crocetti,** Local-regional treatment of hepatocellular carcinoma. Radiology, 2012. **262**(1): p. 43-58.
5. **Ferlay, J., et al.,** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer, 2010. **127**(12): p. 2893-917.
6. **Chen, M.S., et al.,** A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma. Ann Surg, 2006. **243**(3): p. 321-8.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN Ở CÁC BỆNH NHÂN CÓ TIÊN LƯỢNG KHÓ TRONG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Đỗ Thùy Hương*, Trịnh Thị Ngọc Yến*, Lê Ngọc Dung*,
Nguyễn Thị Minh Khai*, Nguyễn Phúc Hoàn*, Nguyễn Thanh Hoa*,
Dương Tiến Tùng*, Đặng Thị Mai Lương*, Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá hiệu quả phối hợp điều trị của liệu pháp bơm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) vào buồng tử cung trên bệnh nhân có niêm mạc tử cung (NMTC) mỏng và bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp (TBLTLT) trong thụ tinh trong ống nghiệm. **Kết quả:** ở nhóm NMTC mỏng, độ dày NMTC sau bơm PRP tăng rõ rệt so với trước bơm (5,8 ± 1.01 mm so với 6,73 ± 0,72 mm, p=0,002). Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến ở nhóm NMTC mỏng có điều trị liệu pháp bơm PRP tự thân tương ứng là 54,5%; 54,5% và 45,5%. Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai diễn tiến ở nhóm TBLTLT có điều trị liệu pháp PRP tự thân tương ứng là 23,08%; 23,08% và 7,7%. **Kết luận:** Liệu pháp bơm PRP tự thân vào buồng tử cung giúp cải thiện rõ rệt độ dày NMTC, cải thiện tỷ lệ có thai ở một số BN có NMTC mỏng. Chưa thấy có sự cải thiện về tỷ lệ có thai ở nhóm TBLTLT được sử dụng liệu pháp bơm PRP.

Từ khóa: Huyết tương giàu tiểu cầu, niêm mạc tử cung mỏng, thất bại làm tổ liên tiếp, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

THE USE OF AUTOLOGOUS PLATELET-RICH

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thùy Hương

Email: dothuyhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

PLASMA IN WOMEN UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION WITH A THIN ENDOMETRIUM OR REPEATED IMPLANTATION FAILURE

A clinical trial study to evaluate the effectiveness of autologous platelet-rich therapy intrauterine infusion in patients with thin endometrium (TE) and patients with repeated implantation failure (RIF) in IVF. **Results:** in TE group, the thickness of the endometrium after PRP infusion increased significantly compared to before (5,8 ± 1.01 mm vs. 6,73 ± 0,72 mm, p=0,002). The pregnancy rate (PR), clinical pregnancy rate (CPR) and ongoing pregnancy rate (OPR) in TE group were 54,5%; 54,5% and 45,5%, respectively. In RIF group, the PR, CPR, OPR were 23,08%; 23,08% and 7,7%; respectively. **Conclusions:** Intrauterine autologous PRP infusion improved significantly the endometrial thickness and successful rate in IVF in some patients with thin endometrium. No improvement in pregnancy rate was observed in RIF group used PRP therapy.

Keywords: Platelet-Rich Plasma (PRP), thin endometrium, Repeated Implantation Failure (RIF), In Vitro Fertilization (IVF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thất bại làm tổ liên tiếp (TBLTLT) và niêm mạc tử cung (NMTC) mỏng là hai thách thức khó khăn nhất thường gặp trong thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON).

Thuật ngữ “Thất bại làm tổ liên tiếp” (Recurrent implantation failure- RIF) chỉ được áp dụng cho các bệnh nhân đã được can thiệp làm

TTTON. Trên lâm sàng, quá trình làm tổ thành công là khi có bằng chứng của hình ảnh túi thai trên siêu âm. Ngược lại, được coi là thất bại làm tổ khi không có bằng chứng lâm sàng về sự hiện diện của túi thai trong buồng tử cung. Một số các giải pháp đang được đưa ra cho những trường hợp thất bại làm tổ liên tiếp như: tiêm rụng trứng kép, chuyển phôi ngày 5, chuyển phôi đông lạnh thay vì phôi tươi, sàng lọc di truyền tiền làm tổ. Tuy nhiên, tỷ lệ có thai lâm sàng hầu như không được cải thiện.

Độ dày của NMTC là yếu tố cần thiết quyết định sự thành công của chu kỳ chuyển phôi. Các nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa NMTC mỏng và tỷ lệ làm tổ thấp^{1,2}. Định nghĩa về nội mạc tử cung mỏng khác nhau giữa các nghiên cứu, nhưng thường được định nghĩa là < 7 mm hoặc < 8 mm vào ngày kích thích rụng trứng trong chu kỳ kích thích buồng trứng IVF hoặc trước khi bắt đầu progesterone trong chu kỳ chuyển phôi đông lạnh^{3 4 5 6 7}. Tỷ lệ thai lâm sàng ở các bệnh nhân có độ dày niêm mạc tử cung ≤ 7 mm thấp hơn đáng kể so với các bệnh nhân có độ dày niêm mạc tử cung > 7mm (23,3% so với 48,1%)⁸.

Hiện nay, trên thế giới một số tác giả đã đề cập tới vai trò của huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) trong việc cải thiện độ dày NMTC và khả năng tiếp nhận của NMTC, từ đó làm tăng tỷ lệ có thai lâm sàng cho bệnh nhân. Huyết tương giàu tiểu cầu chứa mật độ tiểu cầu cao hơn so với bình thường và có nhiều yếu tố tăng trưởng. Ngoài tiểu cầu, PRP được biết chứa rất nhiều các yếu tố tăng trưởng, các cytokine và chemokine đặc biệt là trong PRP sau hoạt hóa. Hiện nay, các công bố trên thế giới về ứng dụng PRP trong các trường hợp TBLTTL và NMTC mỏng trong TTTON chưa nhiều. Tại Việt Nam, PRP được nghiên cứu và áp dụng trong nhiều chuyên khoa như cơ xương khớp, thẩm mỹ, răng hàm mặt... Vài năm gần đây, liệu pháp bơm PRP cũng bắt đầu được thử nghiệm trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản để điều trị cho hai trường hợp trên. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác động của PRP lên NMTC ở nhóm NMTC mỏng*

2. *Đánh giá tỷ lệ có thai của chu kỳ chuyển phôi ở những bệnh nhân (BN) có NMTC mỏng và những BN có tiền sử TBLTTL được điều trị bằng PRP tự thân*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chuyển phôi trữ từ tháng 12/2020 đến tháng

7/2021 tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản & Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

❖ Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

• Nhóm niêm mạc tử cung mỏng

+ Có ít nhất 1 lần hủy chu kỳ chuyển phôi vì niêm mạc tử cung mỏng < 7mm

+ Có ít nhất 1 phôi đông lạnh chất lượng tốt

• Nhóm thất bại làm tổ liên tiếp

+ Không có thai lâm sàng sau khi chuyển ít nhất 4 phôi tốt trong tối thiểu 2 chu kỳ chuyển phôi tươi hoặc phôi đông lạnh

+ Có ít nhất 1 phôi đông lạnh chất lượng tốt.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

+ Lạc NMTC (endometriosis), bệnh lao, phá thai ≥ 3 lần.

+ Có các bệnh lý giảm tiểu cầu (số lượng tiểu cầu < 150G/L).

+ Các bệnh lý có chống chỉ định với TTTON.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, có chủ đích nhằm đánh giá hiệu quả phối hợp điều trị của PRP trên bệnh nhân có NMTC mỏng và bệnh nhân TBLTTL trong TTTON.

❖ **Chuẩn bị NMTC:** Đối tượng nghiên cứu được phân thành 2 nhóm: nhóm NMTC mỏng và nhóm TBLTTL. Cả 2 nhóm được chuẩn bị NMTC bằng phác đồ steroid ngoại sinh (Valiera 2mg, Abbott) với liều phù hợp (từ 8mg-16 mg/ngày) bắt đầu từ ngày 2 chu kỳ kinh. Theo dõi bằng siêu âm đầu dò âm đạo, đánh giá độ dày và hình thái NMTC để điều chỉnh liều estradiol vào các ngày 10 chu kỳ, ngày 14 chu kỳ và ngày 16 chu kỳ (nếu cần thiết).

❖ Quy trình bơm PRP:

• Nhóm NMTC mỏng:

- Bơm PRP lần 1 vào ngày 11-12 chu kỳ
- Đánh giá độ dày NMTC 48h-72h sau bơm lần 1, nếu NMTC < 7mm tiến hành bơm PRP lần 2 vào ngày 13-14 chu kỳ

- Đánh giá độ dày NMTC 48h-72h sau bơm lần 2, nếu NMTC ≥ 7mm lên lịch ngày chuyển phôi. Nếu NMTC < 7mm hủy chu kỳ chuyển phôi.

• Nhóm TBLTTL:

- Bơm PRP một lần duy nhất vào ngày 14 chu kỳ (trước ngày đặt thuốc progesterone).

- Hủy chu kỳ chuyển phôi trong các trường hợp:

+ Độ dày < 8mm hoặc > 14mm.

+ Ứ dịch buồng tử cung.

+ Hình ảnh tăng âm toàn bộ.

❖ **Ngày chuyển phôi:** chuyển phôi ngày 3 sau 4 ngày đặt progesterone, hoặc chuyển phôi ngày 5 sau 6 ngày đặt progesterone.

❖ **Hỗ trợ hoàng thể:** duy trì đến khi thai 12 tuần với liều 800mg micronized progesterone.

❖ Đánh giá kết quả chuyển phôi

- Thử nồng độ βhCG huyết thanh vào ngày 14 sau chuyển phôi. Nếu βhCG ≥ 25mIU/ml xác định là có thai.
- Siêu âm đầu dò âm đạo 2 tuần sau thử βhCG: nếu quan sát thấy túi ối và có tim thai trong buồng tử cung xác định là có thai lâm sàng.
- Thai diễn tiến: thai từ 12 tuần tuổi có dấu hiệu sống

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Độ dày NMTC trước và sau bơm PRP (ở nhóm NMTC mỏng) (tính bằng mm)
- Tỷ lệ có thai (tính bằng tỷ lệ %)
- Tỷ lệ thai lâm sàng (tính bằng tỷ lệ %)
- Tỷ lệ thai diễn tiến (tính bằng tỷ lệ %)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm NMTC mỏng (n=19)	Nhóm TBLTLT (n=14)
Tuổi	40,32 ± 6,25 (min 29, max 51)	35,93 ± 5,62 (min 25, max 48)
Thời gian vô sinh	2,68 ± 1,45 (min 1, max 6)	6,14 ± 3,3 (min 1, max 15)
Loại vô sinh		
Vô sinh nguyên phát	5,26%	50%
Vô sinh thứ phát	94,74%	50%
Số lần hủy chu kỳ/ thất bại làm tổ	4,8 ± 2,1 (min 1, max 10)	4,29 ± 2,05 (min 2, max 9)

3.2. Đặc điểm mẫu PRP bơm cho bệnh nhân. Thể tích mẫu PRP bơm vào buồng tử cung cho BN ở cả 2 nhóm dao động từ 0,9-1,1ml. Tổng số lượng tiểu cầu trong 1 lần bơm dao động từ 1,2 x 10⁹ → 1,4 x 10⁹. Mật độ tiểu cầu cao hơn so với mẫu máu ban đầu từ 3-5 lần.

Bảng 2: Đặc điểm mẫu PRP bơm cho bệnh nhân

Đặc điểm	Nhóm NMTC mỏng (n=19)	Nhóm TBLT (n=14)
Thể tích	1,11 ± 0,33 (ml)	0,98 ± 0,21 (ml)
Mật độ tiểu cầu sau lọc	1446,8 ± 788,3 (x 10 ⁹ /l)	1330 ± 493 (x 10 ⁹ /l)
Số lượng tiểu cầu bơm	1,46 ± 0,86 (x 10 ⁹)	1,23 ± 0,49 (x 10 ⁹)

3.3 Đặc điểm NMTC và kết quả chuyển phôi ở nhóm NMTC mỏng

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ dày NMTC ở nhóm NMTC mỏng sau bơm PRP được cải thiện rõ rệt (p=0,002). Một tỷ lệ lớn BN bơm PRP 2 lần chiếm 68,4% đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ có thai cũng như tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm NMTC mỏng là 54,5%, tỷ lệ thai diễn tiến đạt 45,5%. Có 1 ca thai lưu lúc 6 tuần chiếm 9,1%.

Bảng 3: Kết quả của bơm PRP trên nhóm bệnh nhân có NMTC mỏng

Chỉ tiêu	Nhóm NMTC mỏng		
	Trước bơm PRP	Sau bơm PRP	p
Độ dày NMTC	5,8 ± 1,01 (min 3,4, max 6,9)	6,73 ± 0,72 (min 5,1, max 7,6)	0,002
Tỷ lệ bơm PRP 2 lần	13/19 (68,4%)		
Tỷ lệ hủy chu kỳ	8/19 (42,1%)		
Số phôi chuyển	1,8 ± 1,03 (min 1, max 4)		
Tỷ lệ có thai	6/11 (54,5%)		
Tỷ lệ thai lâm sàng	6/11 (54,5%)		
Tỷ lệ thai diễn tiến	5/11 (45,5%)		
Tỷ lệ sảy thai, thai lưu, GEU	1/11 (9,1%)		

3.4 Đặc điểm NMTC và kết quả chuyển phôi ở nhóm TBLT. Ở nhóm TBLTLT, độ dày NMTC không có nhiều thay đổi sau bơm PRP. Có 1 BN hủy chu kỳ do hình thái NMTC tăng âm không thuận lợi. Tổng số có 13 BN được chuyển phôi. Kết quả chuyển phôi có 3 BN có thai chiếm tỷ lệ 23,08%. Có 2 trường hợp thai lưu lúc 6 tuần và 7 tuần, tỷ lệ thai diễn tiến là 7,7%.

Bảng 4: Kết quả của bơm PRP trên nhóm bệnh nhân TBLT

Chỉ tiêu	Nhóm thất bại làm tổ		
	Trước bơm PRP	Ngày chuyển phôi	p
Độ dày NMTC	9,65 ± 1,84	9,89 ± 1,93	0,744
Tỷ lệ hủy chu kỳ	1/14		
Số phôi chuyển	2,07 ± 0,64 (min 1, max 3)		
Tỷ lệ có thai	3/13 (23,08%)		
Tỷ lệ thai lâm sàng	3/13 (23,08%)		
Tỷ lệ thai diễn tiến	1/13 (7.7%)		

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, liệu pháp bơm PRP có thể cải thiện độ dày NMTC ở một số các trường hợp NMTC mỏng, từ đó giúp tăng tỷ lệ có thai. Tuy nhiên, có những trường hợp sau bơm PPR 2 lần nhưng độ dày NMTC không có sự cải thiện. Chúng tôi nhận thấy phần lớn các trường hợp bị hủy chu kỳ do NMTC không đạt yêu cầu sau bơm PPR đều có tiền sử mổ tách dính NMTC. Lớp NMTC bị tổn thương rất nặng, để lại sẹo xơ dính nên không hầu như PRP không giúp cải thiện. Đánh giá NMTC trên siêu âm ở các trường hợp này thấy hình ảnh NMTC không đều. Độ dày của NMTC là yếu tố cần thiết quyết định sự thành công của chu kỳ chuyển phôi. Những trường hợp NMTC bị tổn thương đến tận lớp đáy của niêm mạc rất khó có cách để cải thiện được độ dày NMTC, từ đó tỷ lệ có thai sẽ khó được cải thiện.

Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên thế giới ứng dụng PRP điều trị làm dày NMTC và tăng tỷ lệ có thai trên những bệnh nhân có NMTC mỏng và TBLTLT cũng cho những kết quả khả quan về sự cải thiện NMTC. Chang và cộng sự (2015) đã thực hiện trên 5 bệnh nhân có BN có NMTC mỏng. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả 5 bệnh nhân đều tăng độ dày NMTC và trong đó 4 bệnh nhân mang thai thành công⁹. Leila Narari và cộng sự năm 2016-2017 đã tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mù đôi trên 60 bệnh nhân phải hủy bỏ chuyển phôi đông lạnh do NMTC mỏng (< 7 mm) trước đó. Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, một nhóm can thiệp bơm PRP và một nhóm chứng. Sau lần bơm thứ 2 nhóm dùng PRP có NMTC tăng 7,21 ± 0,18 mm, lớn hơn so với nhóm dùng giả được 5,76 ± 0,97 mm (p = 0,001)¹⁰.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tác động của liệu pháp bơm PRP trên nhóm TBLTLT không tốt như kỳ vọng. Tỷ lệ có thai hầu như không được cải thiện nhiều. Thời điểm bơm PRP ở nhóm TBLTLT trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện vào trước ngày chuyển dạng NMTC. Một số báo cáo hội nghị trong nước hiện cũng

đang cũng lựa chọn thời điểm bơm PRP tương tự như vậy với quan điểm rằng thời điểm bơm như vậy sẽ giúp tác động nhiều vào NMTC, giúp NMTC có những thay đổi về khả năng tiếp nhận phôi. Tuy nhiên, hiện nay một số nghiên cứu về ứng dụng PRP ở nhóm TBLTLT trên thế giới lại đề xuất thời điểm bơm muộn hơn, là 48h trước chuyển phôi. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào có so sánh về hiệu quả của các thời điểm bơm PRP ở nhóm TBLTLT để lựa chọn thời điểm bơm tối ưu nhất. Đây cũng là một hướng nghiên cứu để nhóm nghiên cứu chúng tôi tiếp tục phát triển tiếp trong giai đoạn tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

1. Liệu pháp bơm PRP tự thân vào buồng tử cung ở nhóm NMTC mỏng giúp cải thiện rõ rệt độ dày NMTC ở một số BN.

2. Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến ở nhóm NMTC mỏng có điều trị liệu pháp bơm PRP tự thân tương ứng là 54,5%; 54,5% và 45,5%

Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai diễn tiến ở nhóm TBLTLT có điều trị liệu pháp PRP tự thân tương ứng là 23,08%; 23,08% và 7,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alam V, Bernardini L, Gonzales J, Asch RH, Balmaceda JP. A prospective study of echographic endometrial characteristics and pregnancy rates during hormonal replacement cycles. *J Assist Reprod Genet.* 1993;10(3):215-219. doi:10.1007/BF01239224
2. Richter KS, Bugge KR, Bromer JG, Levy MJ. Relationship between endometrial thickness and embryo implantation, based on 1,294 cycles of in vitro fertilization with transfer of two blastocyst-stage embryos. *Fertil Steril.* 2007;87(1):53-59. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.05.064
3. El-Toukhy T, Coomarasamy A, Khairy M, et al. The relationship between endometrial thickness and outcome of medicated frozen embryo replacement cycles. *Fertil Steril.* 2008;89(4):832-839. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.04.031
4. Al-Ghamdi A, Coskun S, Al-Hassan S, Al-Rejjal R, Awartani K. The correlation between endometrial thickness and outcome of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) outcome. *Reprod Biol Endocrinol.* 2008;6:37. doi: 10.1186/1477-7827-6-37

5. **Wu Y, Gao X, Lu X, et al.** Endometrial thickness affects the outcome of in vitro fertilization and embryo transfer in normal responders after GnRH antagonist administration. *Reprod Biol Endocrinol.* 2014;12:96. doi:10.1186/1477-7827-12-96
6. **Bu Z, Sun Y.** The Impact of Endometrial Thickness on the Day of Human Chorionic Gonadotrophin (hCG) Administration on Ongoing Pregnancy Rate in Patients with Different Ovarian Response. *PLoS One.* 2015;10(12):e0145703. doi:10.1371/journal.pone.0145703
7. **Shufaro Y, Simon A, Laufer N, Fatum M.** Thin unresponsive endometrium--a possible complication of surgical curettage compromising ART outcome. *J Assist Reprod Genet.* 2008;25(8):421-425. doi:10.1007/s10815-008-9245-y
8. **Kasius A, Smit JG, Torrance HL, et al.** Endometrial thickness and pregnancy rates after IVF: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2014;20(4):530-541. doi:10.1093/humupd/dmu011
9. **Chang Y, Li J, Chen Y, et al.** Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(1):1286-1290.
10. **Nazari L, Salehpour S, Hoseini S, Zadehmodarres S, Azargashb E.** Effects of autologous platelet-rich plasma on endometrial expansion in patients undergoing frozen-thawed embryo transfer: A double-blind RCT. *Int J Reprod Biomed.* 2019;17(6):443-448. doi:10.18502/ijrm.v17i6.4816

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2018-2019

Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Phạm Bá Nha², Đinh Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là bệnh tiến triển trong thầm lặng và là một trong những biến chứng không hiếm gặp sau phẫu thuật Phụ khoa, nếu không được chú trọng hướng tới chẩn đoán sẽ dễ bị bỏ sót và có thể dẫn tới biến cố tử vong do thuyên tắc phổi. Bệnh có các triệu chứng không điển hình, dễ bị nhầm với các bệnh khác nên việc hướng tới chẩn đoán thường được xem xét dựa trên sự phối hợp giữa các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý kết hợp khám sàng lọc TTHKTM. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật Phụ khoa tại bệnh viện Bạch Mai năm 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 576 bệnh nhân phẫu thuật Phụ khoa tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 đến hết tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc TTHKTM trên bệnh nhân phẫu thuật Phụ khoa chiếm 3,9%; có 43,5% đối tượng nghiên cứu có biểu hiện triệu chứng, trong đó, đau chân [bắp chân/Homan (+)] có tỷ lệ cao nhất (39,1%); thời gian xuất hiện huyết khối gặp nhiều nhất trong vòng 1- 5 ngày đầu sau mổ (60,9%); tĩnh mạch cơ dẹt là tĩnh mạch xuất hiện nhiều huyết khối nhất (69,6%) và chủ yếu là huyết khối mới (86,9%); tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số D-Dimer và CRP ở mức cao tăng sau mổ (95,7 ở cả 2 chỉ số). **Kết luận:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ có các triệu

chứng không điển hình, dễ bị nhầm với các bệnh khác; vì vậy, cần kết hợp thăm khám các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng giúp phát hiện sớm và cải thiện an toàn đối với bệnh nhân sau phẫu thuật Phụ khoa.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật Phụ khoa

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN GYNECOLOGICAL SURGERY PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL IN 2018-2019

Venous thromboembolism (VTE) is a silent progressive disease and is one of the not uncommon complications after gynecological surgery, if not focused towards the diagnosis, it will easily be missed and can lead to serious complications. to mortality due to pulmonary embolism. The disease has atypical symptoms, easy to be confused with other diseases, so the diagnosis is often considered based on the combination of clinical and laboratory symptoms suggesting a combination of screening for VTE. **Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics of venous thromboembolism in gynecological surgery patients at Bach Mai hospital in 2018-2019. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 576 gynecological surgery patients at the Department of Obstetrics and Gynecology, Bach Mai Hospital from January to the end of December 2019. **Result:** Prevalence of VTE in patients Gynecological surgeons accounted for 3.9%; 43.5% of study subjects showed symptoms, in which, leg pain [calf/Homan (+)] had the highest rate (39.1%); The most common time of thrombosis occurs within the first 1-5 days after surgery (60.9%); The slipper vein is the vein with the most thrombosis

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: phuongbau76@yahoo.fr

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài: