

NHẬN XÉT KẾT QUẢ THAI NGHÉN ĐẾN 22 TUẦN SAU GIẢM THIỂU PHÔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Trí Hiếu⁽¹⁾, Nguyễn Quốc Tuấn⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Từ khóa: hỗ trợ sinh sản, giảm thiểu phôi, đa thai, sảy thai.

Keywords: assisted reproductive technology, embryo reduction, multiple pregnancy, pregnancy lost.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Giảm thiểu phôi là phương pháp mới được áp dụng từ những năm 2010 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương giúp làm giảm số lượng phôi trong buồng tử cung, giảm tỷ lệ sảy thai, đẻ non, cải thiện dự hậu chu sinh.

Mục tiêu: nhận xét kết quả thai nghén đến 22 tuần sau giảm thiểu phôi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng: các thai phụ đa thai đã tiến hành giảm thiểu phôi ≤ 56 ngày theo đường âm đạo bằng phương pháp hút.

Phương pháp: mô tả theo dõi dọc.

Kết quả: Có tổng số 126 thai phụ từ 20 đến 45 tuổi. 61,1% đã điều trị IVF. Tuổi phôi trung bình là $49,6 \pm 2,8$. Trước giảm thiểu có từ 2 đến 6 phôi trong tử cung. Sau giảm thiểu, 91,3% số thai phụ còn 2 phôi. Kết quả thai kỳ đến 22 tuần: Tỷ lệ phát triển bình thường là 91,2%. 1,6% thai sảy hoặc lưu trước 12 tuần; 4,8% sảy trước 22 tuần; 2,4% đẻ non lúc 22 tuần.

Kết luận: Giảm thiểu phôi theo đường âm đạo bằng phương pháp hút là phương pháp an toàn, cho kết quả đến 22 tuần khả quan.

Từ khóa: hỗ trợ sinh sản, giảm thiểu phôi, đa thai, sảy thai.

Abstract

UP - TO - 22 - WEEK GESTATIONAL OUTCOMES AFTER EMBRYO REDUCTION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Background: In 2010, embryo reduction procedure was first performed in National Hospital of Obstetrics and Gynecology in order to reduce the number of embryos in the uterine, decrease the risk of pregnancy lost and premature birth.

Objectives: to comment on up-to-22-week gestational outcomes after embryo reduction in National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects: multiple - pregnancy women who were performed transvaginal embryo aspiration before 57 days of gestation.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Phạm Trí Hiếu,
email: thongke8@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 01/03/2017

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/03/2017

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 28/04/2017

Methods: prospective study.

Results: 126 women with multiple pregnancy aged from 20 to 45 years old. 61.1% after IVF. The mean gestational age was 49.6 ± 2.8 days. Before embryo reduction, there were 2 to 6 embryos in the uterine. After the reduction, 91.3% had 2 embryos in the uterine. Gestational outcomes up to 22 weeks of gestation: the proportion of normal gestational development was 91.2%. 1.6% women had pregnancy lost before 12 weeks, 4.8% had pregnancy lost from 12 to 22 weeks and 2.4% had premature birth at 22 weeks.

Conclusions: Transvaginal embryo aspiration is a safe, effective method, has given successful outcomes up to 22 weeks of gestation.

Key words: assisted reproductive technology, embryo reduction, multiple pregnancy, pregnancy lost.

1. Đặt vấn đề

Các phương pháp hỗ trợ sinh sản là một lĩnh vực mới đầy tiềm năng phát triển của khoa học y học. Đồng hành cùng thành tựu của các biện pháp hỗ trợ sinh sản là những kết quả không mong muốn, trong đó có vấn đề đa thai. Đây là một tình trạng thai nghén nguy cơ cao. Hậu quả của đa thai đối với con và mẹ phụ thuộc rất nhiều vào số lượng phôi thai có trong buồng tử cung. Các nguy cơ cho thai gồm: sảy thai, đẻ non, chậm phát triển trong tử cung, thai lưu, dị dạng... cùng các bệnh lý sơ sinh liên quan đến đẻ non. Theo Evans M.I (2010), nguy cơ sảy thai tự nhiên lên tới 25% cho những trường hợp bốn thai, 15% cho ba thai và 8% cho song thai [1]. Tai biến cho mẹ gồm: tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường thai nghén, băng huyết sau đẻ; bên cạnh đó làm tăng gánh nặng về tài chính cho thai phụ và gia đình. Những phụ nữ mang 4 thai trong buồng tử cung có tỷ lệ đái tháo đường thai nghén cao gấp hơn 3 lần và tỷ lệ tiền sản giật cao gấp hơn 10 lần so với những phụ nữ chỉ có 1 thai [2].

Bên cạnh những biện pháp dự phòng; khi đa thai xảy ra, giảm thiểu phôi/thai là thủ thuật giúp làm giảm số lượng phôi/thai trong buồng tử cung, giảm nguy cơ cho mẹ và con, giảm tỷ lệ sảy thai,

đẻ non; tăng tỷ lệ trẻ đẻ sống, cải thiện những dự hậu chu sinh. Giảm thiểu phôi có thể thực hiện theo đường bụng, đường âm đạo hoặc qua cổ tử cung.

Tại Việt Nam, Nguyễn Việt Tiến đã bắt đầu thực hiện kỹ thuật giảm thiểu phôi tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản (HTSS) – Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU) từ những năm 2000 [3]. Từ đó đến nay, kỹ thuật này ngày càng được hoàn thiện, mang lại hiệu quả thiết thực. Hiện nay, tại Trung tâm HTSS – BVPSTU, thường thực hiện kỹ thuật giảm thiểu phôi theo đường âm đạo. Bệnh nhân sau chuyển phôi hoặc bơm IUI có thai được theo dõi bằng siêu âm. Khi siêu âm có trên hai túi ối trong buồng tử cung, có âm vang thai và tim thai thì tiến hành giảm thiểu dưới gây mê toàn thân. Kỹ thuật giảm thiểu được thực hiện ở tuổi thai từ 7 – 8 tuần bằng phương pháp hút, qua đường âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo. Theo nhiều nghiên cứu, giảm thiểu phôi cho tỷ lệ đẻ thai sống cao từ 84,4% đến 89,9%; tỷ lệ sảy thai trước 24 tuần sau giảm thiểu phôi từ 7,1% đến 13,3% [4],[5], [6].

Tuy nhiên, do chi phí của các biện pháp hỗ trợ sinh sản còn cao, nhiều trường hợp phải thực hiện nhiều lần mới thành công; đứng trước quyết định giảm thiểu phôi/thai, nhiều người bệnh cảm thấy

bản khoăn, lo lắng. Một số trung tâm hỗ trợ sinh sản còn lúng túng vì lo ngại về độ an toàn cũng như hiệu quả của kỹ thuật trên những đối tượng được áp dụng các biện pháp điều trị vô sinh khác nhau. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện đề tài “Nghiên cứu kết quả giảm thiểu phôi tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương” với mục tiêu: Nhận xét kết quả đến 22 tuần của những thai phụ sau giảm thiểu phôi tại BVPSTU.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các thai phụ chưa đa thai tự nhiên hoặc sau khi áp dụng các biện pháp điều trị vô sinh: thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), kích thích phóng noãn (KTPN) + quan hệ tự nhiên (QHTN).

- Tuổi phôi nhỏ hơn hoặc bằng 8 tuần (56 ngày).

- Được thực hiện kỹ thuật giảm thiểu phôi tại Trung tâm HTSS – BVPSTU từ tháng 11/2015 đến tháng 7/2016 theo đường âm đạo bằng phương pháp hút.

- Thu được các thông tin nghiên cứu của thai phụ và kết quả của thai nghén đến thời điểm 22 tuần

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

- Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (= 1,96)

- p : tỷ lệ sảy thai/dẻ non trước 24 tuần sau giảm thiểu phôi theo nghiên cứu của Vương Thị Ngọc Lan (2002) là 0,07

- Δ : khoảng sai lệch theo mong muốn (0,05), tính được cỡ mẫu là $n = 100$

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

- Nghiên cứu đã thu thập được tổng cộng 126 thai phụ đạt đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập thông tin ban đầu về các đối tượng được thực hiện tại Trung tâm HTSS – BVPSTU từ tháng 11/2015 đến tháng 7/2016. Đầu tiên, thai phụ được phỏng vấn về: tuổi, có thai tự nhiên hay sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản, loại vô sinh, số năm vô sinh, nguyên nhân.

Thai phụ được thực hiện kỹ thuật giảm thiểu phôi chọn lọc tại Trung tâm HTSS – BVPSTU. Ghi nhận: tuổi thai, số phôi trước giảm thiểu, số phôi sau giảm thiểu, các biến chứng sớm ngay sau giảm thiểu: chảy máu, đau bụng, nhiễm trùng, sảy thai..

Thai phụ được theo dõi trong suốt thời kỳ mang thai bằng hình thức phỏng vấn qua điện thoại tại ba thời điểm: sau 2 tuần (ghi nhận các triệu chứng bất thường sau giảm thiểu 3 ngày, 1 tuần và 2 tuần); tình hình thai kỳ sau 12 tuần và sau 22 tuần. Kết thúc phỏng vấn vào tháng 10/2016.

Đây là một nghiên cứu mô tả theo dõi, tất cả thông tin về người bệnh được giữ bí mật và tôn trọng. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức BVPSTU phê duyệt, cho phép triển khai tại bệnh viện.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng 126 đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 20 đến 45 tuổi. Độ tuổi trung bình là $28,3 \pm 4,1$. Nhóm tuổi từ 30 đến 34 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 51,6%. Chỉ có duy nhất 1 thai phụ 45 tuổi, chiếm tỷ lệ 0,8%. Không có thai phụ nào dưới 20 tuổi.

Trước thời điểm giảm thiểu, có 5 trong tổng số 126 thai phụ có thai tự nhiên, chiếm tỷ lệ 4%. 96% còn lại đều phải điều trị vô sinh. Vô sinh nguyên phát chiếm tỷ lệ 56,3%. Thời gian vô sinh trung bình của các thai phụ trong nghiên cứu là: $3,2 \pm 2,2$ năm. Nguyên nhân vô sinh do người vợ đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,7% (74 trường hợp), chủ yếu là rối loạn phóng noãn.

96% các thai phụ mang đa thai đã áp dụng các biện pháp điều trị vô sinh, trong đó đa số là IVF (61,1%). Tỷ lệ điều trị IUI là 24,6%; KTPN và QHTN là 10,3%. Thời điểm giảm thiểu phôi trong nghiên cứu từ 44 đến 56 ngày. Tuổi phôi trung bình tại thời điểm giảm thiểu là: $49,6 \pm 2,8$ ngày.

Bảng 1. Số lượng phôi trước và sau giảm thiểu

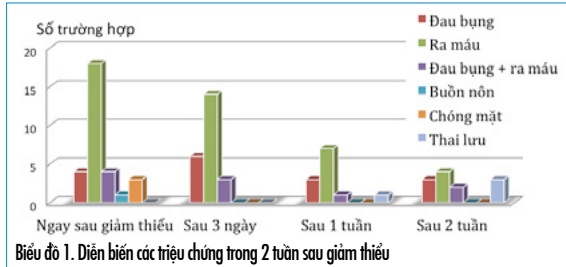
| Số phôi | Trước GT | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | Tổng |
|-------------|----------|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|---|-----|---|--|------|
| | Sau GT | 2→1 | 3→1 | 3→2 | 4→1 | 4→2 | 5→2 | 6→2 | | | | | |
| Số thai phụ | | 3 | 7 | 89 | 1 | 20 | 4 | 2 | | | | | 126 |
| Tổng số | | 3 | | 96 | | 21 | | 4 | | 2 | | | 126 |
| Tỷ lệ % | | 2,4 | | 76,2 | | 16,6 | | 3,2 | | 1,6 | | | 100 |

Chú thích: ký hiệu “→” thể hiện số lượng phôi trước khi giảm thiểu và số phôi còn lại sau giảm thiểu.

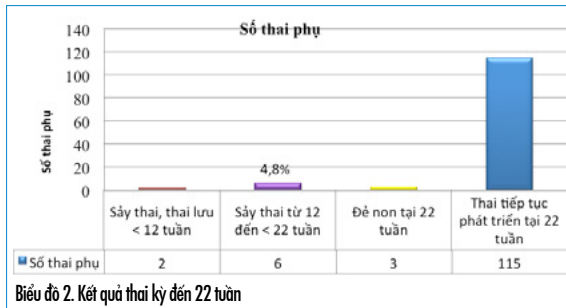
Số phôi nhiều nhất trước giảm thiểu là 6 phôi (1,6%), số phôi ít nhất trước giảm thiểu là 2 phôi (2,4%). Đa số các thai phụ trước giảm thiểu có 3

phôi trong buồng tử cung, chiếm tỷ lệ 76,2%. Số phôi đã giảm thiểu nhiều nhất là 4 phôi (1,6%), số phôi giảm thiểu ít nhất là 1 phôi song chiếm tỷ lệ chủ yếu với 73%.

3.2. Kết quả giảm thiểu phôi đến 22 tuần thai kỳ



Sau khi thực hiện giảm thiểu, tỷ lệ các triệu chứng bất thường như đau bụng, ra máu âm đạo... có xu hướng giảm đi theo thời gian: từ 23,8% ngay sau giảm thiểu, xuống 18,3% sau 3 ngày, 9,6% sau 1 tuần và 9,6% sau 2 tuần. Tỷ lệ các triệu chứng bất thường có xu hướng tăng lên theo số phôi đã giảm thiểu nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Tại thời điểm 22 tuần, 115 thai phụ còn ít nhất 1 thai phát triển bình thường, chiếm tỷ lệ 91,2%. Tổng cộng 11 trường hợp thai hỏng chiếm tỷ lệ 8,8% gồm: 2 bệnh nhân thai lưu 9 tuần; 1 bệnh nhân sảy thai lúc 13 tuần, 1 bệnh nhân sảy thai lúc 17 tuần, 3 bệnh nhân sảy thai lúc 19 tuần, 1 bệnh nhân sảy thai lúc 21 tuần; 3 bệnh nhân đẻ non lúc 22 tuần.

Bảng 2. Kết quả thai kỳ đến 22 tuần theo số lượng phôi trước giảm thiểu

| Kết quả thai kỳ đến 22 tuần | Số lượng phôi trước và sau giảm thiểu | | | | | | Tổng | |
|--|---------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| | 2→1 | 3 | | 4 | | 5→2 | | |
| | | 3→1 | 3→2 | 4→1 | 4→2 | | | |
| Số trường hợp sảy thai, thai lưu, đẻ non đến 22 tuần | 0 | 1 | 7 | 0 | 2 | 1 | 0 | 11 |
| Số phát triển bình thường | 3 | 6 | 82 | 1 | 18 | 3 | 2 | 115 |
| Tổng số | 3 | 7 | 89 | 1 | 20 | 4 | 2 | 126 |
| Tỷ lệ hỏng (%) | 0 | 14,3 | 7,9 | 0 | 10 | 25 | 0 | 8,8 |
| | | 8,3 | | 9,5 | | | | |

Tỷ lệ thai kỳ kết thúc tính đến 22 tuần là 8,8%. Không có trường hợp nào sảy thai, thai lưu hay đẻ non lúc 22 tuần tại nhóm có 2 phôi và 6 phôi trước giảm thiểu. Tỷ lệ sảy thai, thai lưu, đẻ non cao nhất thuộc nhóm có 5 phôi trước giảm thiểu (25%). Tỷ lệ kết thúc thai kỳ tính đến 22 tuần giữa các nhóm có sự khác biệt nhưng chưa mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Kết quả thai kỳ đến 22 tuần theo số lượng phôi đã giảm thiểu

| Kết quả thai kỳ đến 22 tuần | Số lượng phôi đã giảm thiểu | | | | Kiểm định |
|--|-----------------------------|------|----|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Số trường hợp sảy thai, thai lưu, đẻ non đến 22 tuần | 7 | 3 | 1 | 0 | $p > 0,05$ |
| Tổng số (n) | 92 | 27 | 5 | 2 | |
| Tỷ lệ % | 7,6 | 11,1 | 20 | 0 | |

Tỷ lệ sảy thai, thai lưu, đẻ non đến 22 tuần có xu hướng tăng lên theo số lượng phôi đã giảm thiểu: từ 7,6% ở nhóm chỉ giảm thiểu 1 phôi lên đến 20% ở nhóm đã giảm thiểu 3 phôi. Tuy nhiên, chưa có thai phụ nào ở nhóm đã giảm thiểu 4 phôi kết thúc thai kỳ tính đến thời điểm 22 tuần.

Bảng 4. Kết quả thai kỳ đến 22 tuần theo số lượng phôi sau giảm thiểu

| Kết quả thai kỳ đến 22 tuần | Số lượng phôi còn lại sau giảm thiểu | | Kiểm định |
|--|--------------------------------------|----------------|------------|
| | 1 | 2 | |
| Số trường hợp sảy thai, thai lưu, đẻ non đến 22 tuần | 1 | 10 | $p > 0,05$ |
| Tổng số (n) | 11 | 115 | |
| Tỷ lệ % | 9,1 | 8,7 | |
| Tuổi thai trung bình tính đến 22 tuần | $20,8 \pm 3,9$ | $21,7 \pm 1,6$ | $p > 0,05$ |

Nhóm còn 1 phôi sau giảm thiểu có tỷ lệ kết thúc thai kỳ tại 22 tuần là 9,1%, nhóm còn 2 phôi có tỷ lệ kết thúc thai kỳ là 8,7%, khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

4. Bàn luận

Theo nghiên cứu của chúng tôi, các thai phụ có độ tuổi từ 25 đến 29 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 51,6%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Viết Tiến tại Trung tâm HTSS BVPSTU từ tháng 1/2004 đến tháng 12/2006: nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 30 đến 34 tuổi, chiếm tỷ lệ 46% [3]. Sự khác biệt này có thể đến từ công tác xã hội hóa dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ hỗ trợ điều trị hiếm muộn nói riêng, hiểu biết và điều kiện kinh tế của các cặp vợ chồng.

Số phụ nữ có đa thai sau IVF chiếm tỷ lệ lớn nhất với 61,1%; số phụ nữ áp dụng IUI và kích thích phóng noãn tương ứng 24,6% và 10,3%.

Đối với phương pháp IVF, để tăng tỷ lệ thành công cần đặt nhiều phôi vào buồng tử cung, và vì lý do này sẽ gây tăng tỷ lệ đa thai.

Thời điểm và phương pháp giảm thiểu phôi/thai có sự khác nhau rất lớn giữa các trung tâm tại các quốc gia khác nhau. Tại Trung tâm HTSS BVPSTU, thường tiến hành giảm thiểu phôi vào lúc 7 đến 8 tuần bằng phương pháp hút qua đường âm đạo dưới siêu âm với 3 ưu điểm chính: thứ nhất, đã qua giai đoạn của quá trình tiêu phôi tự phát. Thứ hai, phôi thường có kích thước nhỏ, ít di động, dễ thực hiện kỹ thuật hút, không cần dùng KCl. Thứ ba, phương pháp hút được thực hiện sớm hơn từ 2 đến 4 tuần so với các phương pháp khác, vì thế dễ được chấp nhận hơn về mặt đạo đức, tôn giáo, tín ngưỡng. Tuy vậy, nhược điểm là không tiến hành sàng lọc được các thai bất thường trước khi giảm thiểu và hiện tượng thai ngừng phát triển tự nhiên.

Số lượng phôi trước giảm thiểu phụ thuộc chủ yếu vào phương pháp điều trị vô sinh cho các thai phụ: số phôi chuyển vào buồng tử cung đối với IVF, số noãn trưởng thành được thụ tinh trong KTPN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp có 5 và 6 phôi đều xảy ra sau IUI hoặc dùng thuốc KTPN + QHTN. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Nhờ có những tiến bộ trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, nhằm hạn chế đa thai, xu hướng chung của cả trong nước và trên thế giới là giảm số lượng phôi chuyển vào buồng tử cung trong mỗi chu kỳ IVF. Trong đó, xuất hiện xu hướng chỉ chuyển 1 phôi duy nhất vào buồng tử cung (single embryo transfer - SET). Tuy nhiên, việc này còn gây nhiều tranh cãi vì làm giảm khả năng thành công của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm trong khi chi phí điều trị mỗi chu kỳ đều rất tốn kém.

Hậu quả của đa thai liên quan chặt chẽ với số lượng phôi/thai còn lại sau giảm thiểu. Tuy nhiên, nếu giảm thiểu còn duy nhất 1 phôi, có thể xảy ra hiện tượng phôi thai này ngừng phát triển, sảy, đẻ non một cách ngẫu nhiên hoặc thai có vấn đề bất thường nhiễm sắc thể... khiến toàn bộ việc điều trị xem như thất bại [7].

Tỷ lệ các triệu chứng bất thường ngay sau giảm thiểu như đau bụng, ra máu âm đạo, chóng mặt,

buồn nôn lên tới 23,8% nhưng không có trường hợp nào sảy thai ngay sau giảm thiểu. Hiện tại, hầu như chưa có nhiều nghiên cứu mô tả các triệu chứng của thai phụ sau khi thực hiện giảm thiểu. Song có thể nhận xét, kỹ thuật giảm thiểu phôi đang thực hiện tại Trung tâm HTSS – BVPSTW khá an toàn và không gây nhiều tai biến nghiêm trọng cho các bệnh nhân được áp dụng.

Theo kết quả nghiên cứu của 126 thai phụ: tổng cộng 11 trường hợp thai hỏng tính đến 22 tuần chiếm tỷ lệ 8,8%. Năm 2002, Vương Thị Ngọc Lan báo cáo tỷ lệ sảy thai/thai lưu/đẻ non trước 24 tuần sau giảm thiểu là 7,1% [4]. Tương tự, Stone J (2008) cũng báo cáo kết quả khả quan của 1000 thai kỳ sau giảm thiểu với tỷ lệ 4,7% thai hỏng trước 24 tuần và cho rằng tỷ lệ này không thể giảm thêm nữa vì đây chính là tỷ lệ sảy thai tự nhiên của các song thai tính từ thời điểm có hoạt động tim thai [8]

Số phôi trước giảm thiểu có liên quan tới kết quả giảm thiểu. Tuy cùng kết thúc ở 2 phôi nhưng tỷ lệ sảy thai lúc này sẽ cao hơn nếu số lượng phôi ban đầu trong tử cung lớn hơn. Nếu ban đầu trong buồng tử cung có càng nhiều phôi, sẽ mất nhiều thời gian hơn để giảm thiểu về 2 phôi, quá trình cũng đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn, dễ gây nhiều tai biến. Cùng lúc nhiều phôi bị giảm thiểu có thể dẫn tới thay đổi áp lực đột ngột trong buồng tử cung, ảnh hưởng đến sự phát triển của những phôi không bị giảm thiểu còn lại.

Sự khác biệt về tỷ lệ kết thúc thai kỳ tại 22 tuần cũng như tuổi thai trung bình giữa 2 nhóm để lại 1 phôi và để lại 2 phôi sau giảm thiểu không có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Joanne Stone (2008) [9]. Một vấn đề hiện nay vẫn đang còn tranh cãi là nên giữ lại đơn thai hay song thai. Một số tác giả ủng hộ việc giữ lại một thai duy nhất. Theo Evans M.I. (2014), các trường hợp giảm thiểu về 1 thai tuy có nguy cơ sảy thai vẫn cao hơn song thai song tỷ lệ đẻ non thấp hơn, kết thúc thai kỳ tại tuần thai muộn hơn và tỷ lệ trẻ đẻ nặng dưới 1500 gram thấp hơn 10 lần [10].

Sự khác biệt về kết quả thai kỳ theo số lượng phôi đã giảm thiểu theo nghiên cứu của chúng tôi là không rõ ràng. Các nghiên cứu trong nước

và quốc tế hiện nay chủ yếu nghiên cứu về ảnh hưởng của số lượng phôi trước và sau giảm thiểu hơn là số lượng phôi đã giảm.

5. Kết luận

Quy trình giảm thiểu phôi bằng phương pháp hút dưới siêu âm đầu dò âm đạo tại Trung tâm

HTSS BVPSTU hiện tại là khá an toàn cho kết quả thai kỳ đến 22 tuần khả quan.

Cần tiếp tục nghiên cứu để đánh giá kết quả của thai kỳ sau giảm thiểu từ tuần thứ 22 đến lúc kết thúc thai kỳ, đánh giá kỹ hơn mối liên quan giữa số lượng phôi trước và sau giảm thiểu, thời điểm giảm thiểu đến kết quả thai kỳ.

Tài liệu tham khảo

1. Evans MI, Britt DW. Multifetal pregnancy reduction: evolution of the ethical arguments. *Semin Reprod Med.* 2010; 28: 295 – 302.
2. ASRM Practice Committee. Multiple pregnancy and infertility therapy. *Fertil Steril.* 2006; 86(4): 107.
3. Nguyễn Viết Tiến. Đánh giá kỹ thuật giảm thiểu phôi thai chọn lọc tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 01/2004 đến tháng 12/2006, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. 2007.
4. Vương Thị Ngọc Lan. Kỹ thuật giảm thai trong các thai kỳ đathai sau điều trị vô sinh, Tạp chí thông tin y dược, số 12/2001: tr. 27 – 33.
5. Đào Lan Hương. Đánh giá kết quả giảm thiểu phôi chọn lọc tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 1/1/2004 đến 31/12/2008. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà nội. 2009.
6. Hoàng Thị Diễm Tuyết. Giảm thai trong đa thai sau điều trị hiếm muộn: hiệu quả và an toàn, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 2010; 14 (2): 59 – 63.
7. Haas J, Mohr Sasson A, Barzilay E, et al. Perinatal outcomes after multifetal pregnancy reduction from twin to singleton: to reduce or not to reduce?, *Fertil Sterile.* 2015; 103: 428.
8. Stone J, Ferrara L, Kamrath J, et al. Contemporary outcomes with the latest 1000 cases of multifetal pregnancy reduction, *Obstet Gynecol.* 2008; 199: 406.e1 – 406.e4.
9. Joanne Stone, Lauren Ferrara, Jacqueline Kamrath, et al. Contemporary outcomes with the latest 1000 cases of multifetal pregnancy reduction, *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(4): 406.e1 – 406.e4.
10. Evans M.I., Andriole S., Britt D.W. Fetal reduction: 25 years' experience, *Fetal Diagn Ther.* 2014; 35(2): 69 – 82.