

PHẠM THANH LAN

CẨM NANG PHÒNG & CHỮA BỆNH VÔ SINH



NHÀ XUẤT BẢN
PHỤ NỮ



PHẠM THANH LAN
(*Biên soạn*)

**CẨM NANG PHÒNG VÀ CHỮA
BỆNH VÔ SINH**

NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ

PHẦN I

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ VÔ SINH

HIẾM MUỘN – VÔ SINH

Các nghiên cứu về sinh lý sinh sản cho thấy, nếu một cặp vợ chồng khoảng 25 tuổi, hoàn toàn bình thường về phương diện sinh sản, mỗi tháng sẽ có khả năng thụ thai gần 25%. Nếu không ngừa thai, khoảng 90% các cặp vợ chồng này sẽ có con sau một năm chung sống bình thường. Một cặp vợ chồng được định nghĩa là hiếm muộn - vô sinh khi hai vợ chồng mong muốn có con, chung sống với nhau bình thường, không sử dụng một biện pháp ngừa thai nào mà sau một năm vẫn không có thai.

Khả năng sinh sản giảm ở nữ và nam khi tuổi càng lớn. Người ta ước tính, phụ nữ dưới 25 tuổi, trung bình chỉ cần sinh hoạt vợ chồng bình thường từ 2-3 tháng là có thể có con, trong khi phụ nữ trên 35 tuổi thời gian này thường kéo dài hơn 6 tháng. Hiện tượng này cũng xảy ra ở nam giới song từ từ và chậm rãi hơn, bắt đầu từ khoảng 40 tuổi, khả năng sinh sản của nam giới thường giảm rõ sau 60 tuổi.

Hiếm muộn có thể do nguyên nhân từ người chồng hoặc người vợ. Nói chung, khoảng 30% trường hợp nguyên nhân hiếm muộn là hoàn toàn do chồng, trên 30% nguyên nhân do vợ và phần còn lại là do nguyên nhân từ cả hai vợ chồng. Do đó, chúng ta thấy rằng việc đi khám và tìm nguyên nhân của hiếm muộn cần thiết phải có mặt của cả hai vợ chồng. Nói cách khác, hiếm muộn là vấn đề của một cặp vợ chồng, chứ không phải là của riêng vợ hay chồng.

Các nguyên nhân hiếm muộn thường gặp ở nam giới gồm: không có tinh trùng, tinh trùng quá ít, tinh trùng di động yếu, tinh trùng bị dị dạng. Các vấn đề này có thể được chẩn đoán khi làm xét nghiệm về tinh dịch (thường gọi là tinh dịch đồ hoặc phân tích tinh dịch). Ngoài ra, nam giới có thể hiếm muộn do bị bất lực, xuất tinh sớm hay *xuất tinh ngược dòng* (tinh dịch không được phóng ra ngoài, mà chảy ngược vào bàng quang, sau đó được đi tiểu ra ngoài).

Các nguyên nhân hiếm muộn thường gặp ở phụ nữ gồm: tắc vòi trứng, không rụng trứng hay rụng trứng không đều, bệnh lạc nội mạc tử cung, bệnh u xơ tử cung...

Trong một số trường hợp, cả hai vợ chồng đều bình thường về phương diện sinh sản, nhưng tinh trùng người chồng không thích hợp với chất nhầy ở cổ tử cung người vợ, làm cho tinh trùng bị chết. Trường hợp này thường được chẩn đoán bằng *xét nghiệm sau giao hợp*: bác sĩ sẽ lấy chất nhầy ở cổ tử cung người vợ vài giờ sau giao hợp để xem sự di động và khả năng sống của tinh trùng.

Hiện nay, hầu hết các thống kê trên thế giới đều cho thấy tỉ lệ hiếm muộn ngày càng gia tăng. Điều này có thể do nhiều nguyên nhân:

- Phụ nữ lập gia đình muộn hơn và muốn có con ở tuổi lớn hơn.

- Chất lượng tinh trùng nam giới đang giảm dần, có thể do ảnh hưởng của môi trường.

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục xuất hiện với tỷ lệ cao hơn trong cộng đồng, dẫn đến tắc vòi trứng, giảm chất lượng tinh trùng, rối loạn khả năng sinh sản.

Việc sinh hoạt tình dục sớm và quan hệ với nhiều bạn tình ngày càng phổ biến và càng làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và dẫn đến hiếm muộn.

Ở nước ta hiện nay, tỷ lệ nạo phá thai ở phụ nữ khá cao. Một biến chứng lâu dài rất thường gặp do nạo phá thai hiện nay là hiếm muộn - vô sinh. Rất nhiều phụ nữ sau vài lần nạo phá thai đã bị vô sinh do tắc vòi trứng hoặc viêm dính buồng tử cung. Do đó, nếu chưa muốn có con, tốt nhất bạn nên sử dụng một biện pháp ngừa thai thật an toàn để dự phòng khả năng bị biến chứng vô sinh sau nạo phá thai.

Khám và điều trị: Hiếm muộn - vô sinh là một vấn đề mà các cặp vợ chồng cần quan tâm khi bạn quyết định lập gia đình và có con. Bạn nên đi đến bác sĩ để tìm nguyên nhân nếu sau 12 tháng giao hợp đều đặn, không ngừa thai mà chưa có thai. Tuy nhiên, bạn nên khám bác sĩ sớm hơn, trong vòng 6 tháng, trong một số trường hợp sau:

Nếu bạn nghi ngờ rằng vợ chồng bạn có một bệnh lý hay nguyên nhân gây hiếm muộn, như không có kinh, kinh nguyệt không đều, bị viêm phần phụ trước đó v.v...

Người vợ trên 35 tuổi. Ở đây có 2 lý do khiến bạn nên đi khám sớm: thứ nhất khả năng sinh sản sẽ giảm theo tuổi tác; thứ hai, quỹ thời gian để điều trị không còn nhiều.

Như đã nêu trên, hiếm muộn là vấn đề của cả hai vợ chồng, nguyên nhân có thể do một trong hai vợ chồng hoặc cả hai. Do đó, khi đi khám, cả hai vợ chồng nên cùng đi để bác sĩ dễ dàng chẩn đoán tìm ra nguyên nhân và điều trị cho bạn. Khi đến phòng khám, mỗi bác sĩ sẽ có cách hỏi khác nhau. Nói chung, các vấn đề bạn cần phải trả lời có thể bao gồm:

Về phía vợ: Tuổi, muốn có con bao lâu, số lần sinh, sảy, nạo thai, các cách ngừa thai trước đó, kinh nguyệt đều hay không đều, chu kỳ kinh, có bị đau khi hành kinh hay không, từng mổ hay mắc bệnh gì trước đây không... Bác sĩ sẽ khám phụ khoa, có thể cho bạn đi siêu âm và làm thêm một số xét nghiệm như: xét nghiệm nội tiết, HSG (chụp X quang để đánh giá tử cung và vòi trứng).

Về phía chồng: Bác sĩ sẽ cho bạn làm xét nghiệm về tinh trùng (còn gọi là tinh dịch đồ hay phân tích tinh dịch). Bạn nên tuân theo hướng dẫn của nhân viên phòng khám để có thể lấy được mẫu thử cho kết quả chính xác. Ngoài ra, bác sĩ có thể hỏi về tình trạng sức khỏe của bạn hiện tại, từng bị bệnh quái bị lúc nhỏ hay không, nghề nghiệp bạn đang làm, bạn có hút thuốc lá, uống rượu hay không, bạn có thường thức khuya hay không, bạn có mắc bệnh gì trước đây về đường tiêu hay không, bạn hiện có sử dụng thuốc để điều trị bệnh nào khác không...

Hiếm muộn là gì?

Hiếm muộn được định nghĩa là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai hoặc không có con sau ít nhất một năm giao hợp bình thường, không ngừa thai. Người càng lớn tuổi, đặc biệt trên 35 tuổi, khả năng có thai sẽ giảm. Hiện nay người ta có khuynh hướng rút ngắn thời gian chẩn đoán hiếm muộn xuống 6 tháng (thay vì 1 năm) cho những cặp vợ chồng lớn tuổi (trên 35 tuổi). Do đó, bạn nên sớm đi điều trị nếu có vấn đề về hiếm muộn .

Tỉ lệ hiếm muộn là bao nhiêu?

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có khoảng 8-10% cặp vợ chồng có vấn đề liên quan đến hiếm muộn. Tuy nhiên, tỉ lệ hiếm muộn ở một số quốc gia có thể cao hơn do môi trường và tập quán sinh sống. Ví dụ ở Pháp, một nghiên cứu ước tính có khoảng 18% số cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản có vấn đề về hiếm muộn. Ở nước ta, theo số liệu điều tra dân số từ những năm 80, tỉ lệ hiếm muộn có thể trên 10%.

Hiếm muộn là bệnh của vợ hay chồng?

Bạn nên biết hiếm muộn được xem là một tình trạng bệnh lý của một cặp vợ chồng. Tỉ lệ hiếm muộn mà nguyên nhân là do vợ hoặc chồng là tương đương nhau. Theo nhiều số liệu thống kê, nguyên nhân do vợ chiếm 30%, do chồng chiếm 30%, do cả vợ và chồng chiếm 30% và có khoảng 10% hiếm muộn không rõ nguyên nhân.

Xét nghiệm thường phải thực hiện khi khám và điều trị hiếm muộn?

Người vợ thường được thực hiện các xét nghiệm sau:

- Siêu âm.
- Xét nghiệm định lượng nội tiết: tùy từng xét nghiệm, phải được làm theo đúng ngày nhất định trong chu kỳ kinh.
- Chụp X quang tử cung - vòi trứng (HSG): thường thực hiện sau khi sạch kinh.
- Nội soi chẩn đoán.

Hầu hết mọi người chồng đến khám hiếm muộn đều phải được thử tinh dịch đồ (phân tích tinh dịch). Đây là xét nghiệm cơ bản và cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho dù nguyên nhân hiếm muộn là do chồng hay vợ.

CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY HIỂM MUỘN – VÔ SINH THƯỜNG GẶP

Đứng trước một trường hợp vô sinh, sau khi khám cả hai vợ chồng và có kết quả xét nghiệm, người ta sẽ hướng tìm nguyên nhân gây ra vô sinh có liên quan đến người nam.

Vai trò của người đàn ông trong vô sinh là một khái niệm khó đánh giá. Nhưng người ta có thể ước lượng nhưng không đánh giá được chắc chắn khả năng thụ tinh của tinh trùng.

Vô sinh nam giới tùy thuộc vào:

Sự sản xuất tinh trùng của tinh hoàn.

Sự di chuyển tự do của tinh trùng trong đường sinh dục nam.

Và sự lắng đọng thỏa đáng trong âm đạo người nữ.

Các bất thường lắng đọng của tinh trùng trong âm đạo là do:

Phẫu thuật tại cổ bàng quang hay tiền liệt tuyến (gây xuất tinh ngược);

Do cắt tiền liệt tuyến;

Tật lỗ đái lệch thấp;

Xuất tinh sớm;

Bất lực (liệt dương).

Do bất thường về giải phẫu học của cơ quan sinh dục nam.

Để tìm hiểu lý do tại sao vô sinh của một đôi vợ chồng, bác sĩ yêu cầu làm thử nghiệm Huhner sau giao hợp. Nếu thử nghiệm này cho thấy có bất thường tinh trùng, thì cần phải làm thêm tinh trùng đồ.

Tinh trùng đồ.

Tinh trùng được lấy sau 2-3 ngày kiêng giao hợp. Tinh trùng lấy được bằng cách thủ dâm hay bằng giao hợp gián đoạn. Tinh dịch xuất ra được cho vào trong một lọ thủy tinh sạch. Lọ thủy tinh bảo quản phải sạch, vì nếu có chứa các chất hoá học sẽ làm bất hoạt tinh trùng. Tinh dịch phải được xét nghiệm nhanh chóng.

Việc lấy tinh trùng là một xét nghiệm đơn giản, kinh tế, nhanh chóng, không đau, và tuyệt đối là một xét nghiệm cơ bản.

Tinh dịch bình thường:

Thể tích: 2 - 5ml

Số lượng: 50 - 180 triệu tinh trùng/ml.

Tính di động: 80% tinh trùng di động sau xuất tinh, số lượng này còn 60% sau khi xuất tinh 4 giờ.

Hình dạng tinh trùng: có 60-80% tinh trùng có hình dáng bình thường.

Độ pH: 7,6-8,2

Đường Fructose $> 1\text{g/l}$

Tinh trùng đồ có thể cho thấy những tình huống khác nhau.

Không có tinh dịch.

Hoàn toàn không có tinh trùng trong tinh dịch.

Nguyên nhân vô sinh có thể có nhiều: do bẩm sinh, chấn thương, phẫu thuật hay sau nhiễm trùng. Các nguyên nhân khác nhau có thể tìm thấy: lao, viêm tinh hoàn, viêm tiền liệt tuyến, viêm mào tinh v.v...

Thường hơn, nguyên nhân vô sinh là do yếu tố nội tiết. Các nguyên nhân thì có nhiều: hội chứng Klinefelter (kiểu

nhuộm sắc thể giới tính XXY), không có tinh hoàn bẩm sinh, tinh hoàn không xuống bìu, di chứng viêm tinh hoàn do quai bị, giảm hormon hướng sinh dục, suy dinh dưỡng, hoá trị ung thư, xạ trị, ngộ độc (rượu, marijuana, chích testosterone), sốt kéo dài, làm việc trong môi trường có nhiệt độ cao lâu ngày (như công nhân hầm than, lò gạch, nướng bánh mì, công nhân đốt lò), không có tinh trùng vô căn. Việc chẩn đoán dựa trên sinh thiết tinh hoàn, định lượng hormone và làm công thức nhuộm sắc thể.

Giảm số lượng tinh trùng được định nghĩa là số lượng tinh trùng dưới 30 triệu/ml. Nguyên nhân thì có rất nhiều: thoát vị bìu, nhiễm trùng mãn tính (viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm sinh dục) thường kèm theo có mủ trong tinh dịch, cần được điều trị bằng kháng sinh và corticoid. Ngoài ra còn có nhiều bệnh toàn thân như: nghiện rượu, thuốc lá, nghiện ma túy, bệnh nội tiết (tiểu đường, béo phì, nhược giáp, cường androgen, suy sinh dục);

Vô tinh trùng được định nghĩa là số lượng tinh trùng dưới 40% số tinh trùng di động. Nguyên nhân có liên quan đến ít tinh trùng.

Tinh trùng dị dạng được định nghĩa là khi có trên 60% số tinh trùng bất thường. Nguyên nhân là do di truyền và được phát hiện bằng làm công thức nhuộm sắc thể.

Đối với người chồng

- Thường gặp nhất là bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng, chiếm đến 90% trường hợp hiếm muộn do nam giới .

Một cặp vợ chồng vô sinh là sau một thời gian chung sống thực sự trong hai năm, không áp dụng một phương pháp tránh thai nào mà người vợ không có thai được.

Việc điều trị vô sinh không nhất thiết phải dựa vào thời gian sau hai năm hoặc trên hai năm không có thai tính từ khi lập gia đình hoặc sau lần sảy đẻ cuối, phải linh hoạt tiến hành điều trị sớm hơn trong những trường hợp đã có những nguyên nhân cụ thể như :

- Ở người chồng đã có tiền sử quai bị có biến chứng vào tinh hoàn hoặc đã được phẫu thuật có liên quan đến vùng của cơ quan sinh dục.

Đối với người vợ thường có các nguyên nhân sau:

- Tồn thương vòi trứng.
- Không có hiện tượng rụng trứng hay rụng trứng không thường xuyên.

- Lạc nội mạc tử cung.

- Ở người vợ có tiền sử lao phúc mạc, viêm phúc mạc ruột thừa, có nhiều khả năng gây dính, gây tắc vòi trứng. Hoặc tuổi của hai vợ chồng đã cao cần được chiếu cố điều trị sớm vì tuổi càng cao thì khả năng thụ thai càng kém.

Muốn có thai, cần phải có 4 điều kiện cơ bản :

- Tinh dịch và tinh trùng.
- Có sự phóng noãn.
- Có sự gặp gỡ và kết hợp giữa noãn bào và tinh trùng.
- Sự làm tổ của trứng tốt.

Do đó, muốn phát hiện những nguyên nhân vô sinh phải thăm khám cẩn thận, và tiến hành xét nghiệm thăm dò cho riêng vợ, riêng chồng, và cả hai vợ chồng.

Tổng quát	Nội tiết	Bệnh lý hệ sinh dục
Nữ: - Rối loạn về dinh dưỡng. - Thiếu máu nặng. - Lo lắng.	Suy tuyến yên. Rối loạn giáp trạng. Tăng sản tuyến thượng thận. Suy buồng trứng Buồng trứng đa nang	Bệnh lây qua đường sinh dục. Viêm vùng chậu. Lao sinh dục. Tắc vòi trứng. Lạc nội mạc tử cung. Viêm cổ tử cung. Viêm âm đạo
Nam: - Mệt mỏi. - Hút thuốc lá quá độ. - Rượu. - Giao hợp quá độ. - Bất lực. - Lo lắng.	Suy tuyến yên. Thiếu năng giáp trạng. Tăng sản tuyến thượng thận.	Bệnh lây qua đường sinh dục. Quai bị. Viêm tiền liệt tuyến.
Nam và nữ: Sự kém hiểu biết. Miễn nhiễm. Chỉ số thụ tinh kém. Các vấn đề tình dục.		

QUAN HỆ TÌNH DỤC SỚM QUÁ SẼ GÂY VÔ SINH

Trong khi vô số nghiên cứu trên thế giới khẳng định cuộc sống tình dục năng động sẽ mang tới sức khoẻ lành mạnh về thể chất và tinh thần, thì một thầy thuốc danh tiếng ở Trung Quốc cảnh báo quan hệ tình dục nhiều và sớm quá có thể dẫn tới vô sinh.

Theo vị bác sĩ này thì hoạt động tình dục ở lứa tuổi vị thành niên sẽ làm gia tăng tình trạng vô sinh ở những phụ nữ trẻ. Trong xã hội mở cửa, ngày càng có nhiều cô gái quan hệ tình dục từ rất sớm, khiến tỷ lệ mang thai gia tăng, dẫn đến tỷ lệ phá thai cũng nhiều hơn. Những cô gái mới lớn phá thai sẽ chịu hậu quả cả về thể chất lẫn tinh thần, do đó sẽ có nguy cơ cao bị vô sinh khi trưởng thành.

Nhiều chuyên gia sức khỏe cũng công nhận rằng bệnh nhân phá thai nhiều lần rất dễ mất khả năng sinh con. Theo một nghiên cứu mới đây, hơn 1/3 trường hợp vô sinh có liên quan tới nạo phá thai. Những cô gái dưới 18 tuổi chiếm hơn 7% tổng số phụ nữ nạo thai.

Phụ nữ không chỉ là nhóm duy nhất có nguy cơ cao. Sex hoặc thủ dâm nhiều quá ở lứa tuổi mới lớn cũng là một trong những nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới.

Trong những năm trước, hầu hết đàn ông mắc triệu chứng tương tự thuộc lứa tuổi trên 30. Theo một số nghiên cứu quốc tế thì xuất tinh sớm là vấn đề tâm lý liên quan tới sự rối loạn tình dục chủ yếu có ở cánh đàn ông trong độ tuổi 18-30. Nhìn chung, khoảng 30-70% đàn ông gặp phải vấn đề này vào một số thời điểm nào đó trong cuộc đời của họ.

TÔI CÓ BỊ VÔ SINH

"Vợ chồng tôi cả năm nay không áp dụng biện pháp kế hoạch hóa gia đình nào nhưng vẫn chưa có tin vui. Xin bác sĩ cho biết có phải một trong hai người đã bị vô sinh không?".

Nếu sau 1 năm giao hợp đều đặn, không sử dụng biện pháp tránh thai nào mà chưa thể có con thì có thể nghĩ là một trong hai vợ chồng bị vô sinh. Các thống kê cho thấy vô sinh chiếm khoảng 10 – 15 % các cặp vợ chồng, 30% do vợ, 30% do chồng, 30% do cả hai vợ chồng và 10% không rõ nguyên nhân. Bạn không nên quá lo lắng vì với những tiến bộ khoa học hiện nay, sau khi điều trị, tỷ lệ các cặp vợ chồng có con có thể lên đến 75%.

Vợ chồng bạn nên đi khám và làm các xét nghiệm cần thiết. Tùy theo nguyên nhân cụ thể, bác sĩ sẽ đưa ra biện pháp điều trị thích hợp. Việc khám và điều trị vô sinh thường tốn kém và mất khá nhiều thời gian. Do đó, để đạt kết quả, 2 vợ chồng bạn cần hợp tác kiên trì trong suốt quá trình điều trị. Ở những cặp vợ chồng có sức khỏe sinh sản bình thường, khả năng có thai trong một chu kỳ kinh nguyệt cũng chỉ 20-30%. Do đó, trong điều trị vô sinh, tỷ lệ thành công của một chu kỳ điều trị cũng trong khoảng này; nghĩa là bạn phải điều trị nhiều chu kỳ mới có thể có thai.

Kết quả điều trị vô sinh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi của người vợ, độ nặng nhẹ của các bất thường tìm thấy... Tuy nhiên, các thống kê cho thấy, tỷ lệ thành công sau 4 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm có thể lên đến 50-60%. Điều

quan trọng là vợ chồng bạn không nên trì hoãn việc khám và điều trị vô sinh vì càng lớn tuổi, việc điều trị sẽ càng tốn kém và khả năng thành công càng thấp.

NHỮNG NGƯỜI CÓ THỂ BỊ VÔ SINH

Nếu bạn hoặc chồng bạn nằm trong nhóm đối tượng sau đây thì khả năng không thể có con sẽ rất cao. Tuy nhiên, bạn vẫn có thể nuôi hy vọng vì đối với một số trường hợp, y học có những biện pháp khắc phục.

Đàn ông sẽ vô sinh nếu:

1. Ái nam ái nữ. Những người này không thể có con.

2. Tinh trùng tốt nhưng giao hợp không đúng thời điểm rụng trứng. Nên theo dõi và điều chỉnh lại việc sinh hoạt sao cho trùng với thời điểm rụng trứng (từ ngày thứ 12 đến ngày thứ 14 của vòng kinh).

3. Tinh trùng tốt nhưng bị loãng do quan hệ quá nhiều. Nên giữ điều độ (nếu cần thì cách ly) để có mật độ tinh trùng cao.

4. Tinh trùng tốt nhưng bị suy yếu vì độ axit quá cao trong âm đạo người vợ. Thụ tinh nhân tạo bằng cách lấy tinh dịch của chồng hom qua lỗ cổ tử cung đúng vào thời điểm rụng trứng là biện pháp tốt nhất.

5. Tinh trùng tốt nhưng có dị tật ở dương vật, ví dụ lỗ đái lệch thấp. Bạn phải phẫu thuật chỉnh hướng cho niệu đạo.

6. Tinh trùng tốt nhưng bị xuất tinh sớm. Nên đi thụ tinh nhân tạo.

7. Tinh trùng thưa thớt và hoạt động yếu. Nên thụ thai trong ống nghiệm có viện trợ.

8. Không có tinh trùng (tinh hoàn bị teo do biến chứng của bệnh quai bị hay hậu quả của bệnh lậu), hiện tượng hủy tinh trùng (lãnh tinh), huyết tinh dịch (tinh dịch có máu). Trường hợp này không thể có con.

9. Không có tinh trùng (chỉ có tinh bào hay tiền tinh trùng). Có hai phương pháp mới lấy tinh bào hay tiền tinh trùng, làm cho phát triển thành tinh trùng để sử dụng qua thụ thai trong ống nghiệm.

Phụ nữ sẽ vô sinh nếu:

1. Ái nam ái nữ. Không thể có thai.

2. Kinh nguyệt bình thường nhưng giao hợp không đúng thời điểm rụng trứng. Nên điều chỉnh lại cho khớp với chu kỳ kinh nguyệt.

3. Tắc ống dẫn trứng, còn buồng trứng vẫn bình thường. Phải làm cho ống dẫn trứng thông suốt hoặc thụ thai trong ống nghiệm rồi chuyển phôi vào tử cung của bản thân hay của người khác.

4. Không có âm đạo. Phẫu thuật tạo hình âm đạo, sau đó khả năng thụ thai phụ thuộc vào tình hình và mối quan hệ tử cung - âm đạo mới.

5. Di chứng vết thương hoặc dị tật không thể mang thai, còn buồng trứng bình thường. Cách giải quyết là thụ thai trong ống nghiệm, rồi chuyển phôi vào tử cung của người khác.

6. Tử cung không phát triển (nhĩ tính, do rối loạn nội tiết), teo buồng trứng hoặc biến chứng của bệnh quai bị hay hậu quả của bệnh lậu. Trường hợp này không thể có thai.

VÔ SINH – LỖI DO CẢ NAM VÀ NỮ

Trước đây thường ngộ nhận vô sinh là do người vợ nhưng ngày nay y học đã xác nhận vô sinh do phía nam chiếm 30%, do nữ chiếm 30% và 40% do cả hai vợ chồng hoặc không rõ nguyên nhân.

Về phía nam: Việc xác định nguyên nhân vô sinh dễ hơn nữ vì người ta có thể xét nghiệm trực tiếp tinh trùng (nhưng rất khó xét nghiệm trứng). Có thể dễ dàng đếm số lượng tinh trùng, tính tỷ lệ tinh trùng khỏe và quan sát hình thể của chúng có bình thường hay bất thường, mặc dù so với trứng tinh trùng nhỏ hơn nhiều lần. Mỗi ml tinh dịch chứa được 50 - 100 triệu tinh trùng nhưng vẫn thừa chỗ cho chúng bơi lội thênh thang. Nó chỉ sống được trong tinh dịch 1 - 2 ngày trừ khi nhiệt độ thấp: 10°C sống được 4 ngày, 4°C sống hàng tuần và sống hàng chục năm nếu đông khô ở - 196°C.

Về phía nữ: Nguyên nhân vô sinh rất đa dạng và phức tạp. Không phóng noãn là một nguyên nhân gây vô sinh, nhưng chỉ hay gặp ở những người kinh nguyệt không đều. Nguyên nhân phổ biến nhất và đáng ngại nhất lại là viêm nhiễm làm tắc vòi trứng (ống dẫn trứng) hoặc do chất nhầy cổ tử cung lẫn mù làm cho tinh trùng không thâm nhập được qua cổ tử cung, buồng tử cung vào vòi trứng để gặp trứng được thì không thể thụ thai. Có trường hợp tử cung không đủ điều kiện cho trứng làm tổ (do nội tiết không cân bằng). Ngoài ra còn do pH âm đạo cũng là yếu tố làm tinh trùng có thể chết do độ pH không thích hợp.

Như vậy, xác định nguyên nhân vô sinh ở nữ phức tạp hơn nam giới do đó khi khám cho cặp vợ chồng vô sinh bao giờ cũng khám cho người chồng trước. Nếu chắc chắn không phải là do người chồng, thầy thuốc mới xác định nguyên nhân từ người vợ. Nếu do nguyên nhân số lượng tinh trùng ít hoặc tinh trùng yếu có thể dùng một số biện pháp bồi dưỡng sức khỏe kết hợp một số thuốc thích hợp, nghỉ ngơi hợp lý, tránh stress và nên để dành tinh dịch trong 7-10 ngày mới giao hợp vào thời điểm rụng trứng. Nếu không hiệu quả thì có thể can thiệp bằng thụ tinh nhân tạo.

Ở người vợ nếu có rụng trứng nhưng bị tắc vòi trứng thì có thể áp dụng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm. Tuy nhiên, phương pháp này tốn kém hơn nhiều so với phương pháp thụ tinh nhân tạo. Vấn đề là khi bị hiếm muộn thì cả hai vợ chồng nên cùng đến phòng khám của bệnh viện phụ sản chứ không phải chỉ riêng người vợ.

NHỮNG ĐIỀU NÊN BIẾT KHI ĐI KHÁM HIẾM MUỘN

Đối tượng đến khám hiếm muộn

Một cặp vợ chồng chung sống thường xuyên trên 1 năm, hay người vợ trên 35 tuổi có chồng trên 6 tháng không áp dụng biện pháp tránh thai nào mà vẫn chưa có thai có thể đến khám hiếm muộn ở ngày 4 -- 5 của vòng kinh.

Quy trình khám hiếm muộn

Nên đến khám cả 2 vợ chồng, đến bàn nhận bệnh nhân lấy số thứ tự

Đóng tiền khám tại quầy thu tiền tài vụ

Ngồi chờ mời vào phòng khai hồ sơ theo thứ tự

Bác sĩ khám bệnh

Đi siêu âm và xét nghiệm máu (HIV, HBsAg, BW) cả hai vợ chồng.

Khi có kết quả xét nghiệm máu, nếu bình thường, chồng đi làm xét nghiệm tinh dịch đồ.

Tái khám khi có đủ các kết quả xét nghiệm. Vợ được chụp buồng tử cung vòi trứng (HSG) sau khi sạch kinh 2 ngày. Sau chụp HSG, người bệnh phải uống kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.

Tùy theo kết quả xét nghiệm, bác sĩ sẽ cho hướng điều trị:

Hướng dẫn giao hợp tự nhiên

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung

Thụ tinh trong ống nghiệm

Người bệnh dùng thuốc phải đúng với sự hướng dẫn của bác sĩ và nữ hộ sinh, sau đó phải tái khám đúng hẹn thì mới có kết quả cao.

Hướng dẫn lấy tinh trùng

Lấy tinh trùng làm tinh dịch đồ là xét nghiệm bắt buộc đối với mọi cặp vợ chồng đến khám hiếm muộn, dù trước đó người chồng có thể đã có con chung hay con riêng với vợ.

Đề thu được mẫu tinh trùng tốt nhất và phản ánh đúng nhất chất lượng tinh trùng, cần tuân theo các hướng dẫn cụ thể sau:

- Thời gian không quan hệ: 3 – 5 ngày

- Chuẩn bị trước khi lấy tinh trùng

Tinh thần thoải mái, tránh căng thẳng

Nhận 1 lọ vô trùng đặc biệt để đựng tinh trùng ở bàn nhận bệnh

Tiểu sạch, rửa tay, rửa bộ phận sinh dục trước khi lấy tinh trùng.

- Lấy tinh trùng tại phòng lấy tinh trùng của khoa

Lấy tinh trùng bằng tay tương tự như thủ dâm. Không dùng biện pháp giao hợp gián đoạn vì có thể gây thất thoát và nhiễm bẩn vi trùng

- Thu thập và bảo quản mẫu tinh trùng

Sau khi thu được toàn bộ tinh trùng, cần đậy kín nắp lọ và chuyển ngay đến phòng xét nghiệm.

Nếu lấy tinh trùng tại nhà, sau khi xuất tinh vào lọ, cần giữ ấm lọ ở nhiệt độ cơ thể bằng cách nắm trong lòng bàn tay và chuyển ngay đến phòng xét nghiệm không quá 45 phút kể từ lúc xuất tinh.

Quy trình siêu âm nang noãn

- Người bệnh đi tiểu và ngồi chờ trước buồng siêu âm.

- Khi nghe gọi tên, người bệnh để dép lên kệ trước buồng siêu âm, bước vào buồng siêu âm, lấy váy sạch để thay và ngồi chờ gọi tên lên bàn siêu âm.

- Khi được mời lên bàn siêu âm, người bệnh lấy 1 tờ giấy trải lên gối. Đặt mông lên gối, ngả đầu nằm phía trên.

- Sau khi siêu âm, người bệnh lấy giấy trên gối bỏ vào thùng rác, thay đồ, ngồi ghế nghe hướng dẫn và lấy toa thuốc hay giấy hẹn siêu âm cho lần sau.

Quy trình bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

Chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung thường là: rối loạn phóng noãn, tinh trùng ít hoặc yếu, không rõ nguyên nhân.

Trước hết, bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng thuốc vào ngày thứ 2 vòng kinh và được theo dõi sự phát triển nang noãn bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Tùy theo đáp ứng của thuốc ở mỗi người mà bệnh nhân được hẹn đến siêu âm tiếp theo và điều chỉnh liều thuốc phù hợp.

Khi trứng đủ trưởng thành, bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc gây kích thích rụng trứng và phải tiêm thuốc đúng giờ.

Bơm tinh trùng là một thủ thuật nhẹ nhàng, bệnh nhân không nên quá căng thẳng để kết quả tốt hơn. Sau bơm, bệnh nhân nằm lót gối dưới mông 15 phút.

Sau bơm tinh trùng vẫn giao hợp vợ chồng bình thường nhưng tránh làm nặng. Sau bơm tinh trùng 14 ngày, bệnh nhân nên đến bệnh viện thử thai (HCG định lượng); nếu không, có thể thử que (Quickstick) tại nhà.

Trong thời gian 14 ngày sau khi bơm tinh trùng vào buồng tử cung, nếu thấy căng đau vùng bụng dưới, bụng to lên, cảm giác khó chịu, bệnh nhân phải đến khám tại khoa Hiếm muộn hay phòng Cấp Cứu của bệnh viện phụ sản.

Quy trình hội chẩn nội soi và nhập viện

Người bệnh sau khi có chỉ định hội chẩn nội soi của bác sĩ được hẹn:

1. Làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung.
2. Tái khám 10 ngày sau vào các buổi sáng thứ 2, 4, 6 để lấy kết quả xét nghiệm tế bào, đi soi cổ tử cung và đo điện tim
3. Trờ lại hội chẩn và khám tiền mê vào lúc 13 giờ chiều thứ 2, 4, 6 hàng tuần và mang theo các kết quả xét nghiệm cần thiết như: xét nghiệm tế bào, phiếu soi cổ tử cung, giấy đo điện tim, phim chụp HSG, kết quả siêu âm, kết quả tinh dịch đồ.
4. Sau khi đã hội chẩn, người bệnh được thông báo ngày mổ theo lịch xếp của phòng kế hoạch tổng hợp.
5. Bệnh nhân được hẹn nhập viện vào buổi sáng trước ngày mổ 1 ngày (không kể ngày thứ 7 và chủ nhật) và cần nằm viện sau mổ 2 ngày để theo dõi hậu phẫu.
6. Nếu người bệnh vì hoàn cảnh đặc biệt không thể chờ lâu được có thể đăng ký mổ nội soi ngoài giờ khi đi hội chẩn.

THUỐC MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ

VÔ SINH

Từ nay ở Việt Nam sẽ có thuốc Puregon điều trị vô sinh dạng dung dịch, cho phép lấy thuốc thẳng từ lọ để tiêm, giúp bác sĩ chỉnh liều chính xác hơn cho từng bệnh nhân và làm giảm những bất tiện trong sử dụng. Trước đây, Puregon được bào chế, sản xuất theo công nghệ phải pha thuốc trước khi tiêm.

Thuận tiện của loại thuốc mới này là một trong những nội dung của hội thảo chuyên đề điều trị vô sinh khu vực châu Á, diễn ra tại thành phố Hồ Chí Minh. Hội thảo, với sự tham gia của các chuyên gia Mỹ, Canada, Trung Quốc, Singapore... nhằm phổ biến kiến thức mới nhất trong những phác đồ điều trị, sử dụng thuốc kích thích buồng trứng.

THỦY NGÂN TRONG HẢI SẢN LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH

Theo tin từ hãng Reuters, nồng độ thủy ngân cao trong máu, có thể do ăn nhiều hải sản, đi kèm với vô sinh ở cả nam lẫn nữ giới.

Đây là nghiên cứu của bác sĩ Christine Choy và cộng sự ở trường ĐH Trung Hoa tại Hồng Kông đã nghiên cứu trên 157 cặp vô sinh và 26 cặp có con. Nhận thấy rằng 35% nam và 23% nữ ở nhóm vô sinh có nồng độ thủy ngân cao bất thường trong máu so với chỉ có 15% ở nam và 3,8% ở nữ của nhóm có con.

Nhóm nghiên cứu đã ghi nhận những bệnh nhân ăn hải sản nhiều khuynh hướng có nồng độ thủy ngân cao trong máu. Sự ô nhiễm khu vực biển quanh Hồng Kông gây nên việc tích lũy nhiều kim loại nặng.

Trong tạp chí Sản - Phụ khoa của Anh đã viết: "Thủy sản đã nhiễm thủy ngân có thể là nguồn gây nên sự tiếp xúc quá mức cho những người vô sinh.

Tác giả nói tiếp: Mỗi liên hệ giữa nồng độ thủy ngân cao trong thủy sản và nồng độ thủy ngân cao trong máu bệnh nhân.

Ở nam, thủy ngân có thể phá vỡ tính thấm màng tế bào của tinh trùng - có chức năng như đầu máy của tế bào gọi là ty lạp thể hay sự chuyển động. Bằng cách nào kim loại này có thể gây vô sinh ở nữ còn chưa rõ ràng, tuy rằng nó có thể gây tổn thương về di truyền và tế bào của trứng.

Hai loại cá mang nồng độ thủy ngân cao là cá mập và cá lưỡi kiếm.

Việc ăn một số lượng lớn cá chứa nhiều thủy ngân sẽ làm tăng hàm lượng chất này trong máu, khiến người ăn dễ bị vô sinh. Kết luận này được các nhà khoa học tại Đại học Trung Hoa (Hồng Kông) đưa ra sau khi tiến hành nghiên cứu trên 150 cặp vợ chồng vô sinh và 26 cặp bình thường.

Thói quen ăn quá nhiều hải sản trong khi vùng biển của Hồng Kông bị ô nhiễm nặng được coi là nguyên nhân dẫn đến sự tăng hàm lượng thủy ngân trong máu của người dân địa phương. Tuy nhiên, giới chuyên môn vẫn khuyên nên tiếp tục ăn cá theo một chế độ cân đối, vì trong cá có nhiều chất có lợi cho sức khỏe như axit béo Omega-3.

Thủy ngân có nhiều trong cá ngừ, cá kiếm và vây cá mập. Ngoài ra, môi trường làm việc ô nhiễm, việc sử dụng dầu cá và một số mỹ phẩm làm sáng da cũng có thể làm tăng hàm lượng thủy ngân trong cơ thể chúng ta.

BIẾNG ĂN CÓ THỂ GÂY VÔ SINH

Một khảo sát của các nhà khoa học Nhật Bản phát hiện thấy, tỷ lệ biếng ăn của nữ sinh trung và đại học ở xứ sở hoa anh đào ngày càng tăng nhanh, làm tăng tỷ lệ mắc chứng rối loạn ăn uống lên 10%. Sự biếng ăn ở thời kỳ này có thể để lại nhiều hậu quả nguy hiểm và là thủ phạm gây chứng vô sinh.

Cuộc điều tra do các chuyên gia ở Đại học Y khoa Keio thực hiện trên 1.409 học sinh năm thứ 2 và thứ 3 tại 15 trường đại học, cao đẳng của Nhật Bản, trong đó có tính đến chiều cao, cân nặng và các yếu tố thể lực khác. Đây cũng là nghiên cứu đầu tiên kiểu này ở nhóm học sinh tuổi vị thành niên.

Kết quả cho thấy, có khoảng 5,5% nhóm nữ sinh năm thứ 3 quá gầy và tỷ lệ này tăng vọt lên 13,2% từ sau năm thứ ba. Chỉ có 0,6% các em là được khám định kỳ, phần lớn là sau khi thấy người quá yếu, quá gầy mới biết mình mắc bệnh. Thậm chí có em khi thấy ngừng kinh nguyệt, rối loạn ăn uống nghiêm trọng mới đi khám và điều trị.

Ông Hisako Watanable, Trưởng nhóm nghiên cứu cho biết, chứng biếng ăn ở nhóm nữ sinh một phần xuất phát từ cách ăn uống kiêng khem với hy vọng giữ eo hoặc bất chước những ngôi sao điện ảnh, người mẫu. Ăn uống kiêng khem hay còn gọi là tiết thực ở nhóm nữ sinh dưới 20 tuổi là rất nguy hiểm cho cơ thể, còn có thể gây nguy hiểm hơn cả chứng nghiện thuốc lá hay rượu.

HẦU HẾT CÁC CẶP VỢ CHỒNG KHỎE MẠNH ĐỀU CÓ CON SAU 2 NĂM

Một nghiên cứu mới của châu Âu cho thấy, phần lớn những phụ nữ khỏe mạnh không đậu thai sau 1 năm sống chung sẽ đạt được mong ước trong vòng năm thứ hai. Theo nhóm tác giả, các cặp vợ chồng không nên vội vã tìm tới bệnh viện chữa trị vô sinh và bác sĩ cũng không nên can thiệp quá sớm, trừ khi có những nguyên nhân rõ ràng cho thấy họ không thể mang thai.

Kết luận này được các bác sĩ đưa ra sau khi tiến hành nghiên cứu 782 cặp vợ chồng từ 7 nước châu Âu. Theo các tác giả, đa số phụ nữ đều có thể mang bầu vào cuối năm thứ hai, với điều kiện là họ không có những vấn đề sức khỏe hiển nhiên ngăn cản việc thụ thai. Cụ thể là với phụ nữ lứa tuổi 35-39, tỷ lệ thất bại sau 2 năm chỉ là 9% (nếu chồng họ dưới 40 tuổi) và 16% (nếu chồng trên 40 tuổi). Như vậy, cơ hội mang bầu tự nhiên sau 2 năm là rất lớn.

Từ trước đến nay, vô sinh được định nghĩa là tình trạng không thể mang thai sau 1 năm tìm cách có con. Theo các bác sĩ, nhiều cặp vợ chồng đã vội vã đi điều trị vô sinh chỉ sau vài tháng sống với nhau mà không có con.

Basil Tarlatzis, Giáo sư sản phụ khoa tại Đại học Aristotle (Hy Lạp), khuyên không nên cứng nhắc trong định nghĩa về vô sinh. Theo ông, các cặp vợ chồng khỏe mạnh dưới 30 tuổi chỉ nên đi khám sau 2 năm sống chung mà không thành. Tuy nhiên, những cặp trên 30 thì không nên chờ. Điều

này đúng với cả những cặp có vấn đề như chu kỳ kinh của vợ rất không đều hoặc một trong 2 người bị bệnh lây qua đường tình dục.

Việc điều trị vô sinh bằng thuốc hoặc thụ tinh trong ống nghiệm (tinh trùng và trứng gặp nhau trong phòng thí nghiệm, sau đó phôi được cấy vào tử cung người vợ) thường có nhiều nhược điểm. Đó là làm gia tăng các nguy cơ: sinh đôi, biến chứng thai kỳ, sinh con nhẹ cân hoặc bị dị tật lớn và tàn phế lâu dài. Mẹ càng lớn tuổi thì việc điều trị càng ít thành công và hiệu quả phụ càng nhiều.

Tại Mỹ và Anh, các cặp được điều trị ngay sau khi có chẩn đoán vô sinh và với những đôi có tuổi, nhiều bác sĩ khuyên áp dụng thụ tinh trong ống nghiệm từ sớm chứ không đợi đến 1 năm.

MƯỜI BÍ QUYẾT TĂNG KHẢ NĂNG THỤ THAI

Thanh niên thời hiện đại có khả năng sinh đẻ không kém so với thế hệ cha ông. Nhưng lối sống bừa bãi và sự kém kiên nhẫn thường khiến các cặp vợ chồng đã có con khó sinh thêm em bé. Họ cần phải làm gì để lại được làm cha làm mẹ thêm một lần nữa?

Theo kết quả điều tra tại Pháp, trung bình chỉ có 1/6 số cặp vợ chồng thành công trong việc thụ thai sau 1 năm cố gắng. Không quá 20% phụ nữ may mắn có thai trong một chu kỳ kinh nguyệt. Sau đây là 10 lời khuyên giúp các cặp vợ chồng duy trì khả năng sinh đẻ và không gặp khó khăn gì khi muốn có thêm em bé.

Kiên nhẫn

Nếu hai vợ chồng sinh hoạt tình dục thường xuyên trong vòng một năm, không áp dụng biện pháp tránh thai nào trong thời gian này mà vẫn không có thai thì vẫn cần hết sức kiên nhẫn.

Quan hệ tình dục thường xuyên

Các chuyên gia sản khoa cho rằng, quan hệ tình dục thường xuyên về đêm cho nhiều khả năng thụ thai hơn. Nên nhớ là tinh trùng có khả năng sống 72h kể từ khi bắt đầu “tạm trú” trong cơ quan sinh dục nữ.

Chăm diet chế độ ăn uống hà khắc

Những người phụ nữ ăn kiêng có thể giảm cân và cũng giảm cả khả năng sinh con. Hãy bỏ ăn kiêng vài tháng trước khi quyết định có bầu.

Ăn uống theo chế độ hợp lý

Bỏ bữa và ăn quá nhiều đường không tốt cho cơ thể của bạn và cả cho khả năng thụ thai nữa. Tỉ lệ đường trong máu cao khiến cơ thể tiết ra quá nhiều hormone có tên là adrenalin. Hormone này tác động xấu đến chất progesteron, một loại hormone có vai trò giúp tử cung đón nhận bào thai. Béo quá hoặc gầy quá cũng làm giảm khả năng thụ thai cho dù bạn đã được điều trị hormone kích thích sinh sản.

Giữ chồng luôn trong môi trường mát mẻ

Nói thế không có nghĩa là bắt chồng bạn chui vào trong tủ lạnh mà là khuyên anh ấy mặc quần rộng, tốt nhất là quần bằng vải cotton. Quần quá chật sẽ gây nhiệt độ quá cao ở khu vực bộ phận sinh dục và nhất là hai tinh hoàn, ảnh hưởng xấu đến chất lượng tinh trùng.

Chọn mùa phù hợp

Trong một năm có những thời kỳ dễ thụ thai hơn những thời kỳ khác. Dân ông thường có lượng tinh trùng cao nhất vào đầu mùa xuân và cuối mùa thu. Khả năng di chuyển của chúng cao nhất là vào cuối mùa hè, đầu mùa thu.

Vì vậy, đầu mùa đông là thời kỳ thuận lợi nhất cho việc thụ thai.

Cẩn thận với thuốc giảm đau

Một số loại thuốc giảm đau ảnh hưởng đến các hormone prostaglandine đóng vai trò làm co tử cung. Vì vậy, không nên dùng thuốc giảm đau trong thời kỳ rụng trứng.

Giảm thuốc lá

Phụ nữ đều biết hút thuốc trong thời gian mang thai là có hại, nhưng ít ai biết thói quen này làm giảm khả năng thụ thai, cản trở quá trình thụ thai đối với cả nam giới lẫn nữ giới. Theo một công trình nghiên cứu mới đây tại Pháp, phụ nữ hút thuốc lá giảm 30% khả năng thụ thai. Tỷ lệ này còn cao hơn nếu đức lang quân của họ cũng hút thuốc.

Kiêng rượu

Những người uống nhiều rượu quá có ít khả năng sinh sản hơn những người khác, và ngay cả khi người phụ nữ mang bầu uống rượu, bào thai của họ cũng bị ảnh hưởng.

Uống ít cà phê

Uống nhiều cà phê quá cũng làm giảm khả năng thụ thai. Các công trình nghiên cứu ở nhiều nước châu Âu đã khẳng định, caffeine là kẻ thù của khả năng sinh đẻ.

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP VỀ VÔ SINH

Trục trặc trong vấn đề có con hay gặp hơn người ta tưởng rất nhiều. Cứ 6 cặp vợ chồng lại có một đôi có “vấn đề”. Sau đây là trả lời của hai bác sĩ người Mỹ về những thắc mắc thường gặp trong lĩnh vực này.

Bác sĩ Jackie Gutmann là Trợ lý giáo sư tại Đại học Y thuộc Trường Tổng hợp Thomas Jefferson ở Philadelphia và bác sĩ Alan Copperman là Trợ lý giáo sư về sản phụ khoa tại Trung tâm y tế Mount Sinai.

1. Các cặp vợ chồng nên thử có con một cách tự nhiên trong bao lâu trước khi tìm sự giúp đỡ của bác sĩ?

- Jackie Gutmann: Nói chung, với phụ nữ dưới 35 tuổi, sau 1 năm thử có con mà không kết quả thì nên bắt đầu tìm hiểu vì sao mình không có thai. Với những phụ nữ trên 35 tuổi hoặc đã từng có thai thì khoảng thời gian này thu ngắn còn 6 tháng. Còn nếu người phụ nữ đã có những bất thường trước đó (như tắc vòi trứng, kinh nguyệt không đều hoặc không rụng trứng), nếu bạn đời của họ đã dùng hóa chất trị ung thư, thì không nên mất thời gian chờ đợi.

2. Với những cặp vợ chồng muốn có con, việc xem xét tiền sử bệnh của họ là cần thiết để tìm ra các yếu tố gây vô sinh?

- Jackie Gutmann: Đúng vậy, bác sĩ cần trao đổi kỹ càng với bệnh nhân để biết những chuyện xảy ra trước đó. Làm xét nghiệm không quan trọng bằng.

3. *Một vài nguyên nhân thường gặp nhất dẫn tới vô sinh?*

- Jackie Gutmann: Về phía nam giới, hay gặp nhất là những vấn đề liên quan tới tinh trùng. Đó là tinh trùng ít về số lượng, di động kém hoặc có hình dáng không bình thường. Đôi khi, chỉ đơn giản là tinh trùng không có khả năng thụ tinh trứng.

Về phía phụ nữ, hay gặp nhất là kinh nguyệt không đều và bệnh ở vòi trứng (liên quan tới nhiễm trùng trước đó hoặc phẫu thuật ở vùng khung chậu).

4. *Đâu là nguyên nhân của tình trạng kinh nguyệt không đều?*

- Alan Copperman: Một số phụ nữ không có chu kỳ kinh nguyệt dài 28 ngày. Họ có thể không có kinh liên tục trong 6 tháng hoặc 1 năm. Hiện tượng này thường thấy ở những người có chế độ luyện tập quá khắc nghiệt. Não của họ không gửi các tín hiệu bình thường tới buồng trứng, dẫn đến mất kinh (mất kinh do vùng dưới đồi). Đôi khi, kinh nguyệt đều đặn có thể xuất hiện trở lại nếu những người này tăng cân. Thế nhưng, một số phụ nữ lại sinh ra với bệnh lý này. Khi đó phải dùng hoóc môn điều trị thì mới có kinh được.

Một số phụ nữ mắc căn bệnh mang tên *hội chứng đa nang buồng trứng*, với sự rối loạn truyền tín hiệu từ não tới buồng trứng. Những người này thường mập. Đôi khi họ có nhiều trứng cá nang như của nam giới hoặc mọc lông ở mặt. Những bệnh nhân này cần cố gắng giảm cân và tập luyện, nếu không hiệu quả thì dùng hoóc môn điều trị.

5. Thế còn bệnh của tuyến giáp trạng thì sao?

- Jackie Gutmann: Tất nhiên là bệnh lý này đóng vai trò nhất định trong vô sinh. Chúng tôi thường coi đánh giá tuyến giáp trạng là một phần của đánh giá tình trạng vô sinh. Đôi khi chúng tôi cũng tìm thấy bằng chứng về thiếu năng tuyến giáp mà người bệnh không nhận thấy được.

6. Thế còn những tổn thương cấu trúc, như tắc vòi trứng chẳng hạn?

- Jackie Gutmann: Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tắc vòi trứng là các sẹo hình thành sau phẫu thuật ở khung chậu. Đôi khi, người phụ nữ biết rằng họ đã bị nhiễm trùng nhưng đa phần thì không. Ví dụ, nhiễm chlamydia. Đó là một bệnh nhiễm trùng lây qua đường tình dục rất hay gặp nhưng không có triệu chứng, có thể gây nhiễm trùng vùng khung chậu và tạo nên sẹo.

7. Về vô sinh nam, vì sao số lượng và độ di động của tinh trùng lại là quan trọng?

- Jackie Gutmann: Cần đưa một lượng lớn tinh trùng vào âm đạo để có thể thực hiện việc thụ tinh. Một tinh trùng không thể làm nên trò trống gì. Cần có nhiều “chiến binh” mở đường để anh chàng trùng số độc đắc tới được nơi có trứng. Hơn nữa, khi xuất tinh vào âm đạo, một phần tinh trùng bị chảy ra ngoài. Chuyện này cũng là bình thường.

8. Như vậy là về nguyên tắc, ta cần nhiều tinh trùng?

- Jackie Gutmann: Bạn cần nhiều tinh trùng và chúng phải bơi được. Tinh trùng phải đi từ âm đạo tới cổ tử cung, vượt qua chất nhầy ở cổ tử cung rồi từ cung để tới vòi trứng bên trái hoặc bên phải. Tại đây, cuối cùng nó mới gặp trứng.

9. *Đây là một đoạn đường khá dài và rất nhiều điều có thể xảy ra?*

- Jackie Gutmann: Đúng vậy, những chú tinh trùng lại bé tẹo nên đây quả là đoạn đường rất dài đối với chúng.

10. *Có thể dự đoán khả năng "đậu thai" của một cặp vợ chồng lớn tuổi?*

- Alan Copperman: Có thể dùng thử nghiệm đo nồng độ FSH (hoóc môn kích thích nang trứng). Người ta lấy máu vào ngày thứ 3 của chu kỳ kinh nguyệt. Xét nghiệm này cho rất nhiều thông tin về chất lượng trứng của người phụ nữ. Dựa trên thử nghiệm này, chúng tôi tiên lượng việc thụ thai sẽ rất khó khăn hay không quá khó.

- Jackie Gutmann: Rất không may, khi chúng ta già đi, sự thụ thai trở nên khó khăn hơn. Thêm vào đó, không phải cứ cân đối, khỏe mạnh là chắc chắn sẽ có thai. Tuy nhiên, mọi người đều già theo tốc độ riêng của mình. Có người vẫn "mắn" ở tuổi 40, trong khi một số phụ nữ 30 tuổi lại có trứng không khỏe. Đây là điều khó biết trước hoặc kiểm soát.

VIÊM NHIỄM SINH DỤC CÓ DẪN ĐẾN VÔ SINH

"Tôi năm nay 19 tuổi, đang là sinh viên, đi xét nghiệm được biết là bị nhiễm nấm *Candida albicans*. Đã điều trị 1 tháng nhưng không đỡ và có cảm giác như bệnh ngày càng nặng thêm. Hiện nay lúc nào tôi cũng thấy khó chịu, thỉnh

thoảng thấy nóng, tức ở bộ phận sinh dục nên rất lo lắng. Xin hỏi bệnh của tôi phải chữa thế nào, viêm do nấm có bị vô sinh không?".

Một dấu hiệu quan trọng của bệnh nấm ở bộ phận sinh dục là ngứa thì không thấy bạn nói gì đến và cũng không rõ, sau đợt điều trị nói trên, bạn có được điều trị lại để chống nấm không? Nếu bạn đã có chồng thì phải điều trị cho cả chồng bằng cách uống thuốc chống nấm và bôi thuốc chống nấm. Kiên trì điều trị thường bao giờ cũng khỏi.

Viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục của nữ là một trong những nguyên nhân dẫn đến vô sinh. Tuy nhiên, viêm nấm ít gây vô sinh hơn các loại viêm khác. Bạn chẳng nên lo lắng mà nên tích cực điều trị, vừa uống thuốc chống nấm vừa đặt thuốc chống nấm vào âm đạo. Đồng thời, phải giữ gìn vệ sinh bộ phận sinh dục, rửa hàng ngày ít nhất là một lần, dùng quần lót bằng sợi bông cho dễ thấm nước.

NGƯỜI VÔ SINH CÓ THỂ XIN TINH TRÙNG ĐỂ SINH CON

Phụ nữ độc thân, các cặp vợ chồng vô sinh có thể xin tinh trùng, trứng, phôi để sinh con bằng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đó là thông tin mới nhất từ nghị định của Chính phủ về sinh con theo phương pháp khoa học, ban hành ngày 12/2, sau một thời gian dài Việt Nam chưa có quy định pháp lý về vấn đề này.

Theo nghị định nói trên, người hiến phải nằm trong độ tuổi 20-55 (nếu cho tinh trùng) và 18-35 (cho trứng). Họ phải có đủ sức khỏe, không mắc bệnh truyền nhiễm hay di truyền. Các cán bộ y tế thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản phải tư vấn đầy đủ các rủi ro có thể xảy ra trong quá trình lấy tinh trùng, trứng và giữ bí mật thông tin về người cho, người nhận.

Vấn bản cũng nghiêm cấm nhân bản vô tính người và cấm mang thai hộ (vấn đề đã gây rất nhiều tranh cãi trong thời gian qua). Theo đó, trẻ ra đời nhờ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản phải được sinh ra từ người mẹ trong cặp vợ chồng vô sinh hoặc người phụ nữ sống độc thân. Các trẻ này không được quyền yêu cầu thừa kế, quyền được nuôi dưỡng đối với người cho tinh trùng, trứng và phôi.

Ngày 14/2, Văn phòng Chủ tịch nước tổ chức họp báo công bố Pháp lệnh Dân số vừa được Ủy ban thường vụ Quốc hội thông qua. Theo đó, Nhà nước Việt Nam nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức, nhằm đảm bảo cân bằng giới tính theo quy luật sinh sản tự nhiên. Pháp lệnh có hiệu lực từ ngày 1/5/2003.

BỆNH CHLAMYDIA ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG SINH SẢN

Khi nói đến nhiễm khuẩn sinh dục, nhiều người nghĩ ngay đến lậu, giang mai, nấm, trùng roi... Nhưng bệnh này đã xuất hiện và tồn tại trên thế giới khá lâu, không biết từ bao giờ,

ở Việt Nam cũng vậy. Theo thời gian tồn tại, mỗi bệnh đều có tên riêng theo từng quốc gia, Việt Nam cũng có tên bệnh riêng. Có một vài căn bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục gần đây có xu hướng phát triển mạnh, tên gọi hoàn toàn mới. Ở Việt Nam bệnh không có tên riêng, nên được gọi theo tên quốc tế là Chlamydia.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Vi sinh vật là những sinh vật nhỏ, phải nhìn bằng kính phóng đại lớn như kính hiển vi mới thấy, tồn tại ở nhiều trạng thái. Khi xâm nhập vào cơ thể và biểu hiện bệnh gọi là hiện tượng nhiễm khuẩn. Sắp xếp theo kích thước từ nhỏ đến lớn có ba nhóm vi sinh vật gây bệnh: nhiễm virus (HIV, Herpes...), nhiễm vi khuẩn (giang mai, lậu...), nhiễm ký sinh trùng (hay còn gọi là sinh vật ký sinh, sống nhờ, ví dụ như: nấm, trùng roi...). Bệnh nhiễm khuẩn do hai nhóm là vi khuẩn và ký sinh trùng có khả năng điều trị bằng các loại thuốc kháng sinh, còn nhiễm virus thì cho đến nay chưa có thuốc nào đặc trị. Khi điều trị nhiễm virus, thầy thuốc chỉ dám mong muốn hạn chế, không cho virus phát triển lan rộng hoặc để bệnh không biểu hiện rõ ràng. Phần còn lại là khắc phục những hậu quả do virus gây ra, chờ cho hết chu kỳ sống của virus thì bệnh sẽ đỡ và coi như đã khỏi. Tuy nhiên rất nhiều bệnh do virus chỉ lắng xuống rồi âm thầm tàn phá cơ thể như HIV, viêm gan B...

Chlamydia là một loại vi sinh vật trung gian giữa vi khuẩn và virus. Sở dĩ có hiện tượng này bởi hệ thống gen di

truyền của Chlamydia có thể xếp vào nhóm virus, cũng có thể xếp vào nhóm vi khuẩn. Chlamydia cư trú và gây bệnh tại cơ quan sinh dục cả nam lẫn nữ. Đây là một căn bệnh được giới y học Hoa Kỳ khuyến cáo là đứng hàng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn qua đường tình dục trong ba năm gần đây tại quốc gia này.

Vấn đề nhiễm khuẩn do Chlamydia mới được chú ý ở Việt Nam trong khoảng vài năm gần đây. Các xét nghiệm khẳng định bệnh cho đến thời điểm vẫn còn phức tạp và đắt tiền, không phải cơ sở y tế nào cũng thực hiện được. Một vài nghiên cứu đưa ra tỷ lệ từ 1-30% các trường hợp đến khám phụ khoa nghi do ra dịch đường âm đạo bất thường. Tỷ lệ này cũng đáng quan tâm vì trong đời người phụ nữ cũng phải vài lần có những dấu hiệu ra dịch bất thường đường âm đạo như vậy.

Nguyên nhân đầu tiên là triệu chứng bệnh rất mờ nhạt. Cả nam và nữ đều thấy ra dịch bất thường, nhưng không rõ ràng, không gây quá khó chịu, làm người nhiễm bệnh không đi khám. Đặc biệt ở nữ chỉ thấy ra một chút ít dịch hơi đục, có thể trắng đục hoặc vàng đục... dịch này không gây mùi khó chịu. Khi vệ sinh thông thường thấy đỡ, tạo cảm giác như do chế độ vệ sinh không thường xuyên gây ra. Một số trường hợp có biểu hiện rõ ràng, người bệnh khó chịu phải đi khám gọi là cấp tính. Trong trường hợp này thường có thêm một vài vi sinh vật khác kết hợp cùng gây bệnh, gọi là nhiễm khuẩn phối hợp. Dấu hiệu cấp tính thường do những vi sinh vật phối hợp gây ra. Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh cho kết quả do lậu, do

tập khuẩn... Trong tình huống này, rất ít nơi chẩn đoán được Chlamydia vì xét nghiệm đắt và chưa phổ biến. Các thầy thuốc có nghĩ đến cũng bó tay vì không có điều kiện xác định bệnh bằng xét nghiệm. Khó khăn do xét nghiệm được tính là nguyên nhân thứ hai tạo điều kiện cho bệnh tồn tại. Nếu không xác định nhiễm khuẩn có nguyên nhân do Chlamydia, quá trình điều trị sẽ chỉ tập trung tiêu diệt các nguyên nhân kết hợp như lậu, tập khuẩn... Chlamydia không bị tiêu diệt, vẫn tồn tại và tiếp tục gây bệnh. Các triệu chứng vẫn chỉ là mờ nhạt, làm bệnh nhân và thầy thuốc cho rằng đã loại trừ hết các nguyên nhân gây bệnh. Sự tồn tại kín đáo của Chlamydia làm nguy cơ lây bệnh tăng lên đáng kể, cả người mắc cũ và người mới đều bỏ qua không đi khám, không điều trị.

TẠI SAO CĂN BỆNH NÀY BÂY GIỜ MỚI BÙNG PHÁT?

Căn bệnh này âm thầm di theo cuộc đời, lây truyền thông qua quan hệ tình dục, nhưng hầu như không ảnh hưởng gì đến sinh hoạt tình dục. Chỉ đến khi mong muốn sinh sản đặt ra, với những xét nghiệm chuyên sâu, các thầy thuốc chuyên khoa Phụ sản mới phát hiện được. Hậu quả lớn nhất do Chlamydia gây ra là hiện tượng dính và bất tác. Rất nhiều trường hợp khi soi ổ bụng chẩn đoán hiếm muộn, thấy tử cung, thấy vòi tử cung (vòi trứng), buồng trứng và các thành phần xung quanh hệ sinh dục nữ bị dính vào nhau bởi các dải xơ màng. Thậm chí các tạng ở xa hơn như gan và cơ hoành cũng

dính vào nhau. Khi có những dấu hiệu này, thường vòi tử cung cũng bị tắc. Hiện tượng tắc có thể là do các dải xơ dính làm gấp góc vòi tử cung, có thể bản thân lòng vòi tử cung bị bít lại (bình thường lòng vòi tử cung nhỏ, dưới 0,5mm). Các trường hợp này can thiệp để vòi tử cung thông lại và có thai theo đường tự nhiên, thành công ít. Thường có thai phải nhờ tới thụ tinh trong ống nghiệm. Vài năm gần đây, phẫu thuật nội soi phát triển, các chẩn đoán hiếm muộn nhờ đây cũng cải thiện hơn, do đó càng thấy rõ sự xuất hiện của căn bệnh này trong nguyên nhân gây chậm có con. Đây có thể coi là một biến chứng của Chlamydia.

Có không ít trường hợp đã từng có con, đã từng có thai rồi nạo hút và không hề gặp trục trặc gì tại thời điểm đó. Nhưng khi số năm tháng có hoạt động tình dục tăng lên thì các dấu hiệu biến chứng thể hiện rõ dần. Nếu dính ít, thụ thai vẫn có thể thực hiện được, nhưng dễ gây thai ngoài tử cung, nếu dính nhiều sẽ không có thai. Xu hướng hiện nay là lập gia đình muộn, nhưng tuổi có quan hệ tình dục lần đầu tiên thì không thay đổi. Chưa lập gia đình không đồng nghĩa với chưa quan hệ tình dục. Nhưng nếu quan hệ tình dục không an toàn, vừa khó tránh thai, vừa dễ nhiễm bệnh. Một số nghiên cứu nghi ngờ rằng sau nạo hút thai, cơ thể yếu làm tăng sự phát triển những biến chứng của Chlamydia. Chính vì lý do này, hiện nay không ít cơ sở y tế khi tiến hành thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung như nạo hút thai, đã chủ động dùng thuốc kháng sinh điều trị dự phòng căn bệnh này. Điều trị dự phòng bởi lý do thuốc điều trị không đắt, dễ tìm thấy trên thị trường,

hiệu quả rõ ràng. Nếu đợi có xét nghiệm chẩn đoán chính xác Chlamydia mới điều trị thì khá đắt (đắt hơn điều trị dự phòng) và không phải đâu cũng làm được. Chưa kể đến kỹ thuật lấy xét nghiệm cũng khó, nếu không hiểu bản chất bệnh sẽ không lấy được đúng nơi có Chlamydia.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Thuốc điều trị Chlamydia hay được dùng trên thị trường thuộc nhóm Tetracycline, một kháng sinh quen thuộc những năm 1970 - 1980. Thuốc sử dụng trong 7 - 10 ngày, chi phí từ 5 - 20 nghìn đồng cho một liệu điều trị. Khi có thai vẫn có thể điều trị Chlamydia, nhưng không nên sử dụng Tetracycline. Các thầy thuốc sẽ sử dụng thuốc không ảnh hưởng đến thời kỳ mang thai, chi phí điều trị sẽ cao hơn. Một vấn đề cơ bản trong điều trị Chlamydia nói riêng và nhiễm khuẩn sinh dục nói chung là phải điều trị cho cả nam và nữ.

Tóm lại, nhiễm khuẩn Chlamydia là căn bệnh phát triển nhanh, bệnh dễ lan rộng trong cộng đồng và khó ngăn chặn. Bệnh lây qua quan hệ tình dục, phòng bệnh bằng bao cao su. Bệnh biểu hiện mờ nhạt làm người bệnh và thầy thuốc dễ bỏ qua. Người bệnh không đi khám, thầy thuốc không tìm thấy triệu chứng điển hình của bệnh để tập trung điều trị. Xét nghiệm chẩn đoán bệnh còn đắt và không phổ thông. Phát hiện ra bệnh khi đã có những biến chứng như thai ngoài tử cung hay hiếm muộn. Thuốc điều trị không đắt và dễ tìm thấy trên thị trường, có thể sử dụng điều trị dự phòng. Bác sĩ mới là người quyết định có cho thuốc điều trị hay không!

CHỮA TRỊ HIẾM MUỘN CÓ HIỆU QUẢ

Một số việc các cặp vợ chồng hiếm muộn phải làm ngay để hy vọng có con sau này, đó là:

Không nên hút thuốc lá: Nghiện thuốc lá mãn tính sẽ dẫn đến giảm sinh tinh trùng. Một khảo sát ở ông nghiệm cho thấy tỷ lệ gia tăng sảy thai lên đến 64% nếu cả cha và mẹ hút thuốc lá. Nguyên nhân do Nicotine có thể ức chế khả năng tinh trùng chui vào noãn.

Không nên uống rượu: Rượu gây tác hại trên tinh trùng, sinh con dễ bị dị dạng.

Dùng lượng vitamin C vừa đủ: Trường Đại học Berkeley (California) cho biết 1/3 số người dùng hàng ngày quá nhiều vitamin C sẽ tạo ra các gốc hóa học tự do, gây tổn hại cho tinh trùng.

Giữ mát cơ thể: Tinh trùng có thể bị thương tổn khi cơ thể quá nóng. Nam giới được khuyên không nên tắm nước nóng trong thời gian dài vì có thể ảnh hưởng đến vấn đề sinh tinh. Những người phải làm việc ở môi trường quá nóng cần thay đổi nghề nếu muốn giải quyết vấn đề vô sinh của mình. Không có bằng chứng nào chắc chắn nhưng các nhà khoa học đều khuyên nên giữ tinh hoàn dưới nhiệt độ cơ thể khoảng 4 độ Fahrenheit.

Không nên tập luyện quá sức: Một khảo cứu ở 6 vận động viên tập chạy bộ, xe đạp sau 2 tuần lễ đã cho thấy số lượng tinh trùng của họ giảm đến 29%.

Phơi nắng nhiều hơn: Một khảo cứu ở San Antonio cho thấy ánh sáng mặt trời giúp gia tăng sinh tinh trùng nhưng có nguy cơ gây ung thư da, vì vậy nên dùng crème bảo vệ da khi phơi nắng.

Tránh xa những chất độc hại như sơn, hóa chất in nhuộm có glycoether, các kim loại nặng như chì vì chúng ức chế sinh tinh trùng khỏe mạnh. Khi làm việc gần những chất này, cần mặc đồ bảo hộ.

Nhiều nam giới thường coi việc chẩn đoán vô sinh như là một tổn thương ảnh hưởng nặng nề đến nam tính của họ. Nhưng bạn nên biết một người có khả năng tình dục mạnh vẫn có thể ít tinh trùng, trong khi một người không ham thích tình dục lại hoàn toàn có khả năng sinh sản.

Khi một người có số lượng tinh trùng thấp, vẫn có thể có con bằng cách tách phóng tinh ra 2 phần: dùng phần đầu tinh dịch có lượng tinh trùng khỏe mạnh khá cao, cho vào một ống nghiệm và bơm thẳng vào cổ tử cung của người vợ.

Nếu người phụ nữ có khả năng sinh sản nhưng về phía người chồng lại không, họ nên nghĩ đến cấy tinh nhân tạo: Dùng tinh dịch của một người vô danh bơm thẳng vào tử cung người phụ nữ. Ở Mỹ, trung bình mỗi năm đã có khoảng 10.000 trẻ được sinh ra bằng cách này.

Mọi hành động cố gắng đẻ thụ thai có thể gây ra một số rối loạn tình dục. Nhiều cặp vợ chồng cứ mãi nghĩ đến việc có thai mà quên đi những thú vui trong quan hệ gối chăn. Giảm ham muốn tình dục, bất lực tạm thời và không còn khả năng cực khoái là những vấn đề thường gặp ở các cặp vợ

chồng này. Điều tốt nhất là cứ coi việc mang thai là sự ngẫu nhiên trong đời sống tình dục mà họ vẫn có thể đảm đương. Nên tập trung vào các thú vui tình dục giữa hai vợ chồng hơn là mục đích phải đạt đến, như thế hạnh phúc mới thực sự bền vững.

KẾT QUẢ MANG THAI KHI CẮY BUỒNG TRỨNG

Một phụ nữ 32 tuổi đã mang thai sau khi được cấy ghép mô buồng trứng được giữ đông lạnh trước khi cô trải qua điều trị bệnh u lymphô Hodgkin.

Các bác sĩ ở ĐH Catholique de Louvain ở Brussel, Bỉ, tách và cho đông lạnh mô buồng trứng của người phụ nữ trước khi bà ta tiến hành phẫu thuật điều trị bệnh u lymphô Hodgkin. Năm 1997, phát hiện mình mắc căn bệnh hiểm nghèo - bệnh u lymphô Hodgkin, người phụ nữ nói trên phải trải qua liệu pháp hóa trị để chữa khỏi bệnh, song đổi lại, khả năng sinh sản sẽ bị tổn thương dẫn đến vô sinh.

Trước tình hình đó, giáo sư Donnez và một nhóm bác sĩ đã thực hiện tách và làm lạnh một số mô buồng trứng của cô trước khi bước vào giai đoạn điều trị ung thư. Một buồng trứng của cô vẫn được giữ nguyên trong cơ thể. Sáu năm sau, người phụ nữ này được cấy ghép trở lại mô buồng trứng đông lạnh ngay dưới buồng trứng cũ. Bốn tháng sau, chu kỳ kinh nguyệt của cô trở lại bình thường.

Hiện, người phụ nữ nói trên đã mang thai được 25 tuần, thai nhi là một bé gái, dự kiến sẽ chào đời vào tháng 10 năm nay. Các chuyên gia đã làm được điều mà chưa một nhóm nghiên cứu nào trên thế giới trong lĩnh vực cấy ghép mô buồng trứng thực hiện được - đó là tái kích hoạt buồng trứng để thụ thai thành công. Thành tựu này được xem là một bước đột phá trong lĩnh vực sinh sản của loài người, đem lại hy vọng cho hàng triệu bệnh nhân ung thư còn trẻ, song có nguy cơ bị vô sinh sau khi điều trị ung thư. Trong tương lai, kỹ thuật cấy mô này sẽ còn được cải tiến để giúp đỡ phụ nữ mãn kinh có thêm cơ hội làm mẹ.

Theo giáo sư Kutluk Oktay, Đại học Cornell (Mỹ), kỹ thuật cấy ghép mô buồng trứng giờ đây có thể tiến xa hơn trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, đem lại niềm tin cho những phụ nữ mắc các bệnh về máu, thận, khớp và phải điều trị bằng các loại thuốc chống ung thư. Tuy nhiên, hiện nay, nhóm nghiên cứu vẫn chưa xác định rõ trứng được thụ tinh đến từ mô cấy ghép hay từ chính buồng trứng của người mẹ đã hoạt động độc lập trở lại.

PHẦN II
VÔ SINH NAM
NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

TÌM RA NGUYÊN NHÂN Ở MỘT SỐ NAM GIỚI

Khoảng 1/2 trường hợp vô sinh có nguồn gốc từ nam giới, nhưng nhiều khi bác sĩ không thể tìm ra điều gì bất thường. Các nhà khoa học Mỹ mới phát hiện ra rằng, tinh trùng của một số bệnh nhân vô sinh, tuy có vẻ ngoài hoàn toàn bình thường, nhưng lại ẩn chứa những tổn thương ADN, dẫn tới vô sinh.

Các nhà khoa học ở Cleveland, bang Ohio (Mỹ), đã kiểm tra tinh trùng của 92 nam giới phải điều trị vô sinh và so sánh chúng với mẫu của 16 nam giới có con. Họ nhận thấy rằng, rất nhiều nam giới vô sinh có tinh trùng kém chất lượng (về ngoài bất thường hoặc bơi lội kém). Tuy nhiên, 25% bệnh nhân vẫn có tinh trùng trông hoàn toàn bình thường.

Thử nghiệm tìm dấu hiệu tổn thương ADN ở tất cả các mẫu tinh trùng cho thấy, loại với vẻ ngoài bất thường có tỷ lệ tổn thương ADN cao hơn. Tuy nhiên, gần 1/2 nam giới mang tinh trùng trông bình thường cũng có dấu hiệu tổn thương di truyền. Đây là điều rất đáng lo ngại vì đã có ý kiến cho rằng, khi thực hiện các kỹ thuật vô sinh đặc biệt, người ta có thể chuyển những lỗi di truyền từ người cha vô sinh sang con cái họ.

Phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm bình thường (IVF) bao gồm đưa hàng triệu tinh trùng và một số trứng vào cùng một đĩa, với hy vọng các "chàng trai" sẽ bơi đến gặp trứng, thâm nhập bề mặt của nó và kích thích sự phân chia tế

bào để tạo thành phôi. Tuy nhiên, khi tinh trùng quá ít, bơi lội kém, hoặc phương pháp IVF bị thất bại, các bác sĩ sẽ thực hiện kỹ thuật ICSI (intra-cytoplasmic sperm injection), còn gọi là bơm tinh trùng vào bào tương. Khi đó, một tinh trùng duy nhất sẽ được chọn ra và bơm thẳng vào trứng.

Nhiều nghiên cứu cho thấy, ở những trẻ sinh ra bằng phương pháp ICSI, tỷ lệ dị tật bẩm sinh và nguy cơ bị vô sinh khi lớn lên sẽ tăng cao. Cũng có ý kiến cho rằng, các trẻ này dễ bị ung thư hơn, tuy chưa có nghiên cứu nào khẳng định điều đó. Công trình của các nhà khoa học Cleveland lần đầu tiên cho thấy, điều này có thể xảy ra do tỷ lệ tổn thương ADN của tinh trùng ở bệnh nhân vô sinh khá cao.

Bác sĩ Ramadan Saleh, người đứng đầu nghiên cứu, cho biết, ICSI được áp dụng để điều trị cho những trường hợp vô sinh nam mà tinh trùng có chất lượng quá kém. Tuy nhiên, việc sử dụng tinh trùng bị tổn thương ADN có thể dẫn tới những tác dụng không mong muốn như: không thụ thai được, phôi chết sớm, sảy thai, ung thư ở trẻ em và vô sinh. Theo ông, khi lựa chọn tinh trùng của nam giới vô sinh, cần sử dụng kỹ thuật phân tích tìm tổn thương ADN, chứ không nên chỉ dựa vào bề ngoài của chúng.

Trong trường hợp hiếm muộn, 50% có nguồn gốc từ nam giới (30% ở hệ thống sinh sản và 20% do các vấn đề khác). Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh nam, tất cả đều dẫn đến một trong 3 tình trạng sau: giảm số lượng tinh trùng, giảm khả năng vận động của tinh trùng và giảm khả năng thụ tinh cho noãn.

Dưới đây là một số nguyên nhân quan trọng:

- *Giảm khả năng cung cấp tinh trùng*: Có những vấn đề trong quan hệ tình dục, ví dụ như rối loạn chức năng cương cứng, xuất tinh quá sớm.

- *Xuất tinh trào ngược vào bàng quang*: Do bị bệnh tiêu đường (hay gặp nhất), bị phẫu thuật ở bàng quang, tuyến tiền liệt, niệu đạo hoặc do dùng một số thuốc chữa bệnh tâm lý, tăng huyết áp.

- *Nghẽn tắc ở mào tinh hay ống dẫn tinh*.

- *Xơ hóa nang*: Nam giới bị bệnh này thường không có ống dẫn tinh, hay ống dẫn tinh bị tắc.

- *Không thể xuất tinh*: Do có bệnh ở ống tủy hoặc chấn thương cột sống.

- *Lỗ niệu đạo lạc chỗ*: Lỗ niệu đạo nằm ở mặt dưới của dương vật. Đây là một dị tật bẩm sinh, nếu không được phẫu thuật, bệnh nhân sẽ có nhiều nguy cơ ít tinh trùng.

- *Bệnh tự miễn dịch*: Các kháng thể của hệ miễn dịch tấn công những tế bào bình thường của cơ thể; những kháng thể này làm yếu hay vô hiệu hóa tinh trùng.

- *Tinh trùng vận động kém*: Khả năng vận động thẳng và đi lên của tinh trùng kém, không tới được noãn để thụ tinh.

- *Tinh trùng có cấu trúc không bình thường*, ảnh hưởng đến khả năng thụ tinh cho noãn.

- *Không có tinh trùng*: Do tinh hoàn không sản xuất ra tinh trùng.

- *Tinh trùng ít*: Có dưới 10 triệu con trong 1 ml tinh dịch (để có con, tối thiểu trong 1 ml tinh dịch phải có 20 triệu tinh trùng).

- *Giãn tĩnh mạch*: Những tĩnh mạch đưa máu thoát khỏi tinh hoàn bị giãn và xoắn, ảnh hưởng đến việc làm mát cho tinh hoàn, do đó làm tăng nhiệt độ ở bộ phận này.

- *Tinh hoàn không xuống bìu* mà vẫn nằm ở ổ bụng. Nhiệt độ cao ở đây khiến nó hoạt động (sản xuất tinh trùng) kém.

- *Không có tinh hoàn*: Rất hiếm gặp.

- *Thiếu hụt testosterone do suy tuyến sinh dục*: Nguyên nhân gây ra tình trạng này là có bệnh ở tinh hoàn hoặc bất thường ở vùng dưới đồi tuyến yên (tuyến tạo ra hoóc môn chi phối tinh hoàn).

- *Hội chứng Klinefelter*: Thừa một nhiễm sắc thể X (XXY), gây phát triển bất thường ở tinh hoàn. Hậu quả là giảm sản xuất tinh trùng và lượng testosterone.

- *Nhiễm khuẩn*: Viêm tuyến tiền liệt, tinh hoàn, túi tinh (tuyến tạo ra tinh dịch), niệu đạo. Các bệnh này làm thay đổi sự chuyển động của tinh trùng. Ngay cả khi đã được điều trị hiệu quả bằng kháng sinh, chứng nhiễm khuẩn tinh hoàn vẫn có thể gây sẹo và tắc nghẽn ống dẫn tinh.

- *Stress*: Tình trạng này ảnh hưởng đến một số hoóc môn cần thiết cho việc sản xuất tinh trùng. Số lượng tinh trùng có thể giảm đi nếu tình trạng stress quá nặng hay kéo dài.

- *Suy dinh dưỡng*: Thiếu một số chất như vitamin C, selen, kẽm và folat.

- *Béo phì*: Nhiều khảo sát cho thấy, nam giới béo phì hay bị vô sinh.

- *Ung thư đang được điều trị*: Một số liệu pháp điều trị ung thư (tia xạ, hóa liệu pháp) gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc sản xuất tinh trùng.

- *Nghiện rượu, ma túy, thuốc lá*: Các chất này làm giảm số lượng và chất lượng tinh trùng.

- *Bệnh tật*: Tình trạng chấn thương, các bệnh tiểu đường, bệnh ở tuyến giáp trạng, HIV/AIDS, , thiếu máu, nhồi máu cơ tim, suy gan, suy thận... đều có ảnh hưởng xấu đến khả năng sinh sản.

- *Tác động xấu của các yếu tố môi trường* như nhiệt độ, hóa chất.

THỂ TÍCH TINH HOÀN LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH NHƯ THẾ NÀO?

Trên thế giới, đã có nhiều công trình nghiên cứu về sự liên quan giữa thể tích tinh hoàn và nồng độ nội tiết nam, đồng thời đánh giá tình trạng, khả năng sinh sản của người đàn ông. Vì kích thước tinh hoàn và tinh dịch đồ được xem là yếu tố quan trọng để quyết định người đàn ông ấy có bị hiếm muộn hay không? Nếu có thì ở mức độ nào? Cần phải can thiệp bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản như thế nào? Vì hiện nay - hỗ trợ sinh sản là phương pháp giúp cho những cặp vợ chồng hiếm muộn (trong một chừng mực cho phép) được thỏa mãn ước nguyện chính đáng của mình: được làm cha làm mẹ.

Để cùng tìm tòi với những công trình nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, dựa trên thực tế có những người đàn ông bị khiếm khuyết trong khả năng sinh sản, nhóm nghiên cứu chúng tôi đã chọn ngẫu nhiên 100 người đàn ông trong số hàng trăm cặp đến khám vô sinh (nay gọi là hiếm muộn). Với sự tình nguyện của những người tham gia nghiên cứu, tất cả phương pháp lấy mẫu, cân, đo, đóng, đếm, đều được tuân thủ theo quyền cầm nang của Tổ chức Y tế thế giới về Andrology lab. Và sau thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã nhận thấy một vài sự tương quan như sau:

1. Sự tương quan giữa thể tích tinh hoàn và mật độ tinh trùng: Mật độ tinh trùng tối hảo, trên 30 triệu con, đều tập trung ở những người đàn ông có thể tích tinh hoàn từ 20-30ml. Những người đàn ông mà tinh hoàn có thể tích nhỏ, dưới 20ml, hoặc lớn hơn 30ml, thì đều có mật độ tinh trùng kém, thậm chí rất kém. Điều đó có nghĩa rằng, không phải cứ "to" là "tốt".

2. Sự tương quan giữa thể tích tinh hoàn và tỷ lệ tinh trùng sống: Tỷ lệ tinh trùng sống được coi là đạt yêu cầu > 30% thì đều nằm trong những người đàn ông có thể tích tinh hoàn từ 20-30ml.

3. Sự tương quan giữa thể tích tinh hoàn và nồng độ FSH (Follicle Stimulating Hormon): Nồng độ FSH cao (> 10 mIU/ml huyết thanh) ở những người đàn ông có tinh hoàn nhỏ, thì việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn, nhiều khi là nan giải.

Nồng độ FSH tốt, đạt yêu cầu (< 5 mIU/ml huyết thanh) thì đều rơi vào nhóm những người đàn ông có thể tích tinh hoàn từ 20-30ml.

4. *Sự tương quan giữa mật độ tinh trùng và nồng độ testosterone trong huyết thanh:* Ở những người đàn ông có mật độ tinh trùng được coi là đạt yêu cầu 30-70 triệu con, thì nồng độ testosterone đo được từ 1-4 ng/ml (là con số bình thường cho đàn ông Việt Nam). Tuy nhiên, nồng độ testosterone tốt không hẳn đã là có mật độ tinh trùng tốt. Vì nồng độ testosterone trong huyết thanh chỉ phản ánh một phần về tính dục (Sexuality) của người đàn ông, chứ không nói lên được tính sinh sản (Reproductility) của người đó. Có nghĩa là, chỉ cho chúng ta thấy người đàn ông đó có "sung" hay không, chứ không biết được là sau những lần "sung" ấy, có đạt được "kết quả mong muốn" hay không. "Kết quả mong muốn" - đó là sự thụ thai.

5. *Sự tương quan giữa tỷ lệ tinh trùng sống và nồng độ testosterone:* Ở nhóm người đàn ông có tỷ lệ phần trăm tinh trùng sống > 30%, thì đều đo được nồng độ testosterone ở trong khoảng từ 1-4 ng/ml.

Vai trò của kẽm trong tinh dịch chưa được biết đến rõ ràng, nhưng trong một số mẫu tinh dịch, với nồng độ kẽm thấp, thì sự ly giải của mẫu tinh dịch đó bị chậm, hoặc không ly giải được (trung bình mẫu tinh dịch đó phải được ly giải trong vòng 30 phút sau khi phóng tinh).

Một vài tác giả ở các công trình nghiên cứu khác nhận thấy: một số trường hợp vô sinh chưa rõ nguyên nhân, cho bệnh nhân dùng kẽm (có trong vài loại thuốc bổ, zimizinc...) lại có kết quả khả quan.

Kết luận: Mặc dù con số nghiên cứu mới chỉ là 100 người, chưa có thể khẳng định chắc chắn những kết quả thu được từ nghiên cứu là đại diện cho tất cả đàn ông Việt Nam. Nhưng vì tính chất khá đặc biệt (thảm kín) khi lấy mẫu (tính dịch, do tình hoàn...), cho nên, cỡ mẫu 100 cũng tạm coi là đạt yêu cầu, và chúng tôi cũng mạnh dạn đưa ra kết luận về các trị số thu được qua nghiên cứu, để chúng ta cùng tham khảo trong quá trình khảo sát các trường hợp vô sinh nam.

Dẫu sao, đây cũng mới chỉ là những con số ban đầu, có vài phù hợp với một số tác giả khác (với cỡ mẫu cũng từ 100, 150 đến 200 là tối đa). Hy vọng sau này sẽ có nhiều công trình với cỡ mẫu lớn hơn, và đưa ra được những kết luận đầy đủ hơn.

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP GÂY VÔ SINH NAM

Giãn tĩnh mạch thừng tinh

Chiếm tỷ lệ 15% dân số chung nhưng chiếm đến 40% những người đàn ông vô sinh. Giả thuyết cho rằng giãn tĩnh mạch thừng tinh làm hạn chế dòng máu hiệu quả chạy ra khỏi bìu. Tinh hoàn nằm trong bìu, thường có nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ cơ thể 2°C và nhiệt độ này tùy thuộc vào hiệu quả của dòng máu đến và dòng máu đi. Sự lưu thông của dòng máu sẽ giúp duy trì nhiệt độ thấp này. Giãn tĩnh mạch thừng tinh làm mất hiệu quả dòng máu đi gây ra tình trạng ứ máu, làm tăng nhiệt độ và hậu quả là ảnh hưởng đến sự sinh tinh. Tinh trùng đồ thường <20 triệu/ml, di động kém (di động $<50\%$) và $<15\%$ có hình dạng bình thường.

Điều trị giãn tĩnh mạch từng tĩnh

Phẫu thuật bằng nhiều đường vào khác nhau.

Đường bên: ống bên được mở tương tự như phẫu thuật thoát vị bên, tĩnh mạch từng tĩnh được cột ở đoạn nằm trong ống bên.

Đường sau phúc mạc: vào sau phúc mạc qua đường ở gần gai chậu trước trên, tĩnh mạch từng tĩnh được cột ngay ở chỗ đi ra ở lỗ bên sâu.

Đường dưới bên: Rạch một đường ngay dưới lỗ bên ngoài và cột tĩnh mạch từng tĩnh ngay ở nơi đây.

Nội soi ổ bụng: tĩnh mạch được cột cao sau phúc mạc.

Thuyên tắc mạch: tĩnh mạch được làm thuyên tắc bằng đường chích qua tĩnh mạch đùi.

95% các trường hợp phẫu thuật thành công (có nghĩa là dẫn tĩnh mạch từng tĩnh không tái phát lại). 70 % những người thành công có cải thiện các thông số của tinh trùng đồ.

Hypogonadotropic hypogonadism

Là một tình trạng suy giảm LH và FSH (là những chất quan trọng để sản xuất testosterone và tinh trùng). Biểu hiện sinh hóa là tình trạng giảm LH, FSH và testosterone huyết thanh. Những bệnh nhân này có lượng tinh trùng giảm rất thấp hoặc không có tinh trùng.

Sự tắc nghẽn đường đi của tinh trùng

Tắc đường sinh dục sẽ gây ra vô sinh. Tình trạng này có thể gây ra do không có ống dẫn tinh bẩm sinh (thường thấy ở những người có tình trạng xơ hóa nang) hoặc do nghẽn tắc ống phóng tinh. Có thể có tình trạng vô sinh do xuất tinh

ngược chiều, gặp ở những người tiểu đường hoặc tình trạng không phóng tinh được ở những người bị tổn thương tùy sống. Cũng có thể vô sinh do tinh trùng không đủ trưởng thành trong tinh hoàn. Trong hội chứng chỉ có tế bào Sertolie (bất sản tế bào mầm), tế bào mầm không có trong tinh hoàn. Ngoài ra có thể do hội chứng Noonan hoặc hội chứng Klinerfelter.

Bướu tinh hoàn có thể gây vô sinh hay không?

Những người bị bướu tinh hoàn mà có xạ trị vào vùng bụng sau khi cắt tinh hoàn hoặc sau khi nạo hạch sau phúc mạc hoặc những người có hóa trị liệu có thể bị suy giảm sản xuất tinh trùng. Chính vì vậy bắt buộc phải tồn trữ ngân hàng tinh trùng trước khi phẫu thuật cắt tinh hoàn hoặc điều trị hỗ trợ cho những người bị ung thư tinh hoàn.

Có những bệnh nhiễm trùng nào hoặc những bệnh hệ thống nào gây ra vô sinh không?

Viêm tiền liệt tuyến và những bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu khác có thể gây ra vô sinh mà không rõ cơ chế. Các bệnh nhiễm trùng toàn thân khác như lao có thể gây ra tắc nghẽn ống phóng tinh hoặc mào tinh hoàn.

Bệnh bạch cầu cấp và lymphoma có thể ảnh hưởng đến mô của tinh hoàn và gây vô sinh. Bất cứ trường hợp hóa trị liệu toàn thân nào để điều trị ung thư đều có thể làm giảm sự sinh tinh.

Điều trị tình trạng không có tinh trùng như thế nào?

Nếu FSH tăng cao thì phải sử dụng tinh trùng của người cho. Nếu FSH bình thường thì làm phẫu thuật tạo hình, thường nhất là nối ống dẫn tinh với mào tinh. Ở những người

không có ống dẫn tinh thì chọc hút tinh trùng bằng vi phẫu từ mào tinh và thụ tinh trong ống nghiệm.

Làm thế nào để điều trị tình trạng giảm phóng tinh.

Bằng máy rung hoặc bằng dụng cụ phóng tinh điện từ
Làm thế nào điều trị phóng tinh ngược chiều?

Lấy mẫu nước tiểu đầu tiên sau khi phóng tinh, chọn lọc tinh trùng để cấy vào tử cung, trước khi xuất tinh phải cho bệnh nhân uống thuốc kiềm hóa nước tiểu như Sodium Bicarbonate.

XUẤT TINH NGƯỢC DÒNG

Xuất tinh là sự tổng xuất tinh dịch ra niệu đạo qua ba giai đoạn: tinh xuất, đóng cổ bàng quang và tổng xuất tinh.

Xuất tinh ngược dòng là sự tổng xuất ngược tinh dịch vào trong bàng quang và có thể xuất hiện ở nhiều mức độ.

Xuất tinh xuôi dòng đòi hỏi sự kết hợp nhịp nhàng của ống phóng tinh, cổ bàng quang, cơ hành hang và ngòai hang cũng như cơ thắt ngoài.

Quá trình này có thể bị gián đoạn do cấu trúc giải phẫu học, rối loạn về phân phối và chức năng của ống phóng tinh, cổ bàng quang, cơ hành hang, ngòai hang, do tổn thương thần kinh ngực 10 - thắt lưng 3 hoặc cùng 2 - cùng 4.

Những người có yếu tố nguy cơ:

Tiền căn phẫu thuật: tại cổ bàng quang, tiền liệt tuyến, phẫu thuật vùng chậu thô bạo, bóc tách hạch bạch huyết sau phúc mạc.

Bất thường về thần kinh: tiểu đường, chứng xơ hóa nhiều nơi hay bất thường về tủy sống.

Phì đại tiền liệt tuyến đang dùng alpha blocker.

Bệnh sử:

Thường có triệu chứng xuất tinh đau, xuất tinh máu, trước đó có phẫu thuật (vùng cổ bàng quang, tiền liệt tuyến, vùng chậu, sau phúc mạc. Bất thường về thần kinh (tiểu đường, bệnh xơ cứng nhiều nơi, chấn thương cột sống, viêm tủy hướng lên, loạn sản tủy, có tiền sử gia đình về bệnh lý xơ hoá dạng nang. Đang dùng các thuốc như: Ức chế thụ thể alpha, thuốc chống trầm cảm, chống tâm thần và gây nghiện thuốc ngủ đều có thể gây nên xuất tinh ngược dòng.

Xét nghiệm:

1. Phân tích tinh trùng đồ: đặc biệt chú ý thể tích và độ tập trung và số lượng tinh trùng toàn bộ.

2. Thử nước tiểu sau xuất tinh: mẫu được ly tâm trong 10 phút > 300g, hơn 5-10 tinh trùng trong một quang trường đủ để chẩn đoán xuất tinh ngược dòng. Xem số lượng toàn bộ và độ tập trung trong nước tiểu sau xuất tinh, muốn biết mức độ xuất tinh ngược chiều cần so sánh số lượng tinh trùng trong nước tiểu sau xuất tinh và số lượng xuất tinh thuận dòng.

3. Nồng độ testosterone máu.

Hình ảnh học:

1. TRUS (siêu âm qua ngã trực tràng): Không có tinh trùng trong nước tiểu sau xuất tinh hoặc không xuất tinh hoặc thể tích xuất tinh quá ít có thể cho chỉ định đánh giá sự tắc nghẽn ống phóng tinh hay bất sản túi tinh không qua TRUS.

2. MRI (cộng hưởng từ): kiểm tra những bất thường về cột sống và nhìn rõ những cái mà TRUS chưa khảo sát được.

Điều trị bằng thuốc đồng vận alpha giao cảm và kháng histamine. thành công tùy thuộc vào nguyên nhân.

Xử lý tinh trùng xuất tinh ngược dòng và bơm lại vào tử cung, hoặc bơm tinh trùng và nang noãn để thụ tinh nhân tạo.

VÔ SINH DO KHÔNG TINH TRÙNG

Khái niệm

Không tinh trùng là tình trạng không có tinh trùng trong mẫu tinh dịch khi xuất tinh. Đây là tình trạng khá phổ biến ở những trường hợp vô sinh do nam. Người ta ước tính ở những cặp vợ chồng vô sinh, tỷ lệ không tinh trùng chiếm 5%. Ở những người có bất thường về tinh dịch đồ, con số này có thể lên đến 10 – 20%.

Phân loại

Cho đến hiện nay, đa số các tác giả đều phân chia các trường hợp vô sinh do không tinh trùng thành hai nhóm, do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Trong nhóm do tắc nghẽn, nguyên nhân thường thấy nhất là do bất thường về cấu trúc hay chức năng của đường dẫn tinh. Tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp bệnh nhân có phối hợp cả hai nguyên nhân. Sự phân loại này sẽ giúp ích rất nhiều trong việc tiên lượng khả năng thành công của điều trị cũng như chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp cho từng trường hợp.

Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra tình trạng không tinh trùng. Nguyên nhân thường gặp nhất, có thể chiếm đến 50% các trường hợp không tinh trùng, là do rối loạn quá trình sinh tinh. Sinh tinh là một quá trình phức tạp xảy ra bên trong tinh hoàn. Các bất thường về sinh tinh có thể gặp như giảm sinh tinh, hội chứng chỉ có tế bào Sertoli ... Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các bất thường này là dựa vào kết quả của sinh thiết tinh hoàn. Định lượng FSH và đo thể tích tinh hoàn không phải là một tiêu chuẩn đáng tin cậy để phân biệt không tinh trùng do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Bất thường về yếu tố di truyền cũng có thể là một trong những nguyên nhân gây ra không tinh trùng. Có đến khoảng 30% trường hợp không tinh trùng hay tinh trùng ít, yếu, dị dạng nặng có bất thường về cấu trúc gene.

Nguyên nhân thường gặp thứ hai là do bất thường đường dẫn tinh. Thường gặp nhất là do tắc ống dẫn tinh, nơi dẫn tinh trùng từ mào tinh đến niệu đạo sau trong quá trình xuất tinh. Tắc ống dẫn tinh có thể xảy ra sau viêm nhiễm hay trong một số trường hợp, sau thắt ống dẫn tinh. Ngoài ra, một số dị tật bẩm sinh như không có ống dẫn tinh hai bên (CBAVD), cũng có thể là một trong những nguyên nhân gây không tinh trùng do tắc nghẽn. Tình trạng này có thể xuất hiện với tần suất khoảng 6%.

Một số nguyên nhân ít gặp khác có thể là rối loạn hoạt động đường dẫn tinh hay suy tuyến yên. Xuất tinh ngược dòng (tinh dịch bị đưa ngược vào bàng quang) là một trong những nguyên nhân thường gặp của rối loạn đường dẫn tinh. Tình

trạng này có thể xuất hiện lên đến 18% trong các trường hợp không tinh trùng.

Điều trị:

Để điều trị các trường hợp vô sinh do không tinh trùng, nếu bệnh nhân không muốn xin tinh trùng người khác, một điều kiện tiên quyết là phải lấy được tinh trùng của người chồng. Trong trường hợp xuất tinh ngược dòng, tinh trùng có thể được lấy từ nước tiểu trong bàng quang (sau khi đã được điều chỉnh độ pH cho thích hợp). Tinh trùng thu được có thể được sử dụng trong kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) hay tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI).

Trong các trường hợp không tinh trùng do tắc nghẽn, tinh trùng có thể được lấy từ mào tinh bằng vi phẫu thuật (MESA) hay đâm kim xuyên qua da (PESA). Trong một số ít trường hợp, khi không thể lấy được từ mào tinh, tinh trùng có thể được lấy từ tinh hoàn. Với sự hỗ trợ của ICSI, kết quả có thai của các trường hợp sử dụng tinh trùng từ mào tinh có thể tương đương với sử dụng tinh trùng từ mẫu xuất tinh (30 – 40%). Hiện nay, tại khoa Hiếm muộn, chúng tôi đang chuẩn bị tiến hành điều trị cho những trường hợp lấy được tinh trùng từ mào tinh với vi phẫu thuật (MESA).

Trong những trường hợp không tinh trùng do tắc nghẽn, nơi duy nhất có thể thu tinh trùng là từ tinh hoàn. Tuy nhiên, tỷ lệ thu được tinh trùng trong những trường hợp này thường không cao, khoảng 40%. Ngoài ra, người ta thấy rằng tỷ lệ thành công trong những chu kỳ này thường thấp hơn so với không tinh trùng do tắc nghẽn.

VÔ SINH DO TINH TRÙNG CHẾT

"Cháu tôi xây dựng gia đình đã 4 năm mà chưa có con. Bác sĩ bảo có thể là do người chồng bị chết tinh trùng. Xin bác sĩ cho biết thêm về hiện tượng này".

Vợ chồng nếu đã chung sống với nhau liên tục trong vòng 1 năm, không dùng biện pháp tránh thai mà không có con thì được coi là hiếm muộn hay vô sinh. Nguyên nhân gây vô sinh có thể do người vợ, có thể do người chồng hoặc cả hai. Trong trường hợp cháu bạn, nếu người chồng đã đi xét nghiệm tinh dịch và kết quả là tinh trùng chết hết thì chính đó là nguyên nhân gây vô sinh của cặp vợ chồng này.

Thực ra, trong mẫu xét nghiệm tinh dịch bao giờ cũng có một lượng tinh trùng chết (25-30%). Nhưng cũng có những trường hợp tỷ lệ tinh trùng sống là bình thường (70-75%) nhưng khả năng thụ thai vẫn hạn chế, thậm chí không thể thụ thai tự nhiên. Đó là do:

- Tỷ lệ tinh trùng khỏe (di động nhanh, hướng tới trước) quá thấp (dưới 25%).

- Tinh trùng chóng chết (tỷ lệ sống sau 1 giờ chỉ còn 50%, sau 4 giờ là 40%).

Nguyên nhân gây ra hiện tượng tinh trùng yếu và chết có thể là do người đàn ông có sức khỏe không tốt, có bệnh tật toàn thân hoặc tại chỗ (tinh hoàn, ống dẫn tinh), bị nhiễm trùng, nhiễm độc. Có nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân.

Tốt nhất là bạn khuyên cháu đi thử tinh dịch một lần nữa. Nếu kết quả vẫn như trước thì phải khám chuyên khoa nội, tiết niệu để tìm nguyên nhân, từ đó mới có thể đề xuất phương thuốc điều trị cụ thể được.

RỐI LOẠN TÌNH DỤC NAM

Trên cơ thể nam giới, có lẽ dương vật là cơ quan được chú nhân của nó quan tâm hàng đầu! Đút tay? Dập chân? Chuyện nhỏ! Vài vết sẹo đầu đó trên cơ thể đôi khi còn gia tăng vẻ phong trần. Nhưng chi cần “thằng nhỏ” trục trặc là lớn chuyện rồi. Với nam giới, tình dục đóng vai trò quan trọng trong chất lượng cuộc sống. Chính vì thế bệnh nhân, đôi khi cả bác sĩ, quá tập trung vào cơ quan này mà bỏ qua mối liên quan của nó với những cơ quan khác trong cơ thể.

Khảo sát cho thấy 15-20% nam giới tự nhận thấy có vấn đề về tình dục, nhưng chỉ có một tỷ lệ nhỏ thật sự ‘dám’ đi khám, và trong số đó, không ít bệnh nhân ngại không dám khai bệnh thật. Do vậy, bác sĩ khám bệnh, tư vấn cần có thái độ quan tâm và đồng cảm, tạo sự tin cậy nơi bệnh nhân. Bác sĩ phải chủ động phát hiện ra vấn đề của bệnh nhân, chủ động gợi mở cho bệnh nhân trút bầu tâm sự.

Yếu tố thực thể

Là một trong hai yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động tình dục. Mọi bệnh lý đều có khả năng ảnh hưởng đến hoạt động tình dục. Cần lưu ý đôi khi biện pháp điều trị lại ảnh hưởng đến khả năng hoạt động tình dục của bệnh nhân.

Bệnh lý thực thể

Hầu hết bệnh nhân khi đến khám đều có những vấn đề sức khỏe kèm theo. Tác dụng phụ của một số biện pháp điều trị cũng có khả năng ảnh hưởng đến thần kinh, gây rối loạn cương dương (ví dụ như thất ồng dẫn tinh tạo nang gây đau sau giao hợp, tác dụng của một số thuốc điều trị tim mạch ...)

Bệnh lý thần kinh

Mọi bệnh nhân thần kinh đều gây ảnh hưởng đến hoạt động tình dục hoặc trực tiếp lên thần kinh trung ương, hoặc gián tiếp qua những biến đổi tâm lý – xã hội. Trầm cảm, lo âu và tâm thần phân liệt là những bệnh lý thần kinh có liên quan đến rối loạn tình dục.

Chất kích thích

Rượu được cho là có thể tăng khả năng hoạt động tình dục. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy mặc dù rượu làm tăng nhu cầu tình dục, nhưng lại thường ức chế khả năng cương dương vật, càng uống nhiều thì càng giảm khả năng hoạt động tình dục. Khảo sát trong nhóm nghiện rượu cho thấy 50 đến 80% bị bất lực! Rượu ảnh hưởng vừa tức thời, vừa lâu dài do gây xáo trộn trục hạ đồi – tuyến yên.

Thuốc lá cũng gây tác động tương tự, vừa tức thời, vừa lâu dài. Với những người hút thuốc bị rối loạn cương dương, một trong những biện pháp điều trị hiệu quả và đơn giản là bỏ thuốc. Có lẽ thay vì in một câu chung chung rằng “thuốc lá có hại cho sức khỏe”, câu “thuốc lá có khả năng gây bất lực!” có thể có hiệu quả hơn để vận động bỏ hút thuốc lá!

Tuổi tác

Thêm một quan niệm chung là tuổi già đi kèm với suy giảm chức năng tình dục. Điều này đúng, nhưng không nên xem là điều đương nhiên và không có nghĩa là không cần điều trị! Một khảo sát trong nhóm cụ ông cụ bà 80 đến 102 tuổi cho thấy 62% cụ ông và 30% cụ bà vẫn còn quan hệ tình dục! Như đã trình bày, tình dục là một trong những yếu tố quan trọng quyết định chất lượng cuộc sống của nam giới. Tuy nhiên, ở độ tuổi này bác sĩ thường bỏ qua và bệnh nhân cũng thường ngại đề cập đến những vấn đề tình dục. Cần nhớ rằng những rối loạn này ở tuổi già hoàn toàn có thể chẩn đoán và điều trị được.

Yếu tố tâm lý

Tâm lý là yếu tố ảnh hưởng đến chức năng tình dục. Tâm trạng lo lắng, tính khí bất ổn cũng ảnh hưởng đến khả năng cương dương. So với nữ, nam giới dễ bị ảnh hưởng hơn làm giảm hưng phấn trong quan hệ tình dục. Điều đáng lưu ý là nếu tình trạng này không được giải quyết thì bệnh nhân càng thêm lo lắng, và càng lo lắng thì càng giảm khả năng thành công trong quan hệ tình dục.

Góp một phần quan trọng trong điều hòa mỗi lo lắng và tính khí chính là tư tưởng của bệnh nhân. Yếu tố này lại chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, giáo dục, gia đình ... và cả những kinh nghiệm của những lần quan hệ tình dục trước đây. Điều người bác sĩ cần làm là nắm bắt được điểm gây trục trặc cho bệnh nhân để làm công tác tư tưởng phù hợp. Bệnh nhân cần được cung cấp thông tin nhằm

giải đáp những thắc mắc, giải tỏa những lo âu, giúp bệnh nhân trở lại cuộc sống tình dục tự tin hơn. Một điểm chung cần nhớ là trong quan hệ tình dục, khi chỉ còn hai người với nhau thì không có điều gì cấm kỵ, không có gì sai trái, và phải hết mình với nhau.

Về bản chất của kích thích, nam giới thường dễ hấp dẫn bởi những kích thích thị giác, trong khi nữ giới thích thú hơn với những kích thích về thính giác. Người ta cũng hay nói đến ảnh hưởng của mối quan hệ tình cảm đến hoạt động tình dục, trong đó người nữ chịu ảnh hưởng nhiều hơn, sẽ hứng thú hơn nếu quan hệ tình dục là biểu hiện của tình yêu.

Những yếu tố tâm lý khác có thể kể đến như địa vị xã hội của người nam, hoặc những sự cố trong cuộc sống. Khảo sát cho thấy nam giới có địa vị xã hội cao, có thể lực thường hấp dẫn phụ nữ hơn. Yếu tố này ảnh hưởng nhiều hơn nếu khả năng hoạt động tình dục của người nam. Ngược lại, những sự cố như thôi việc, tai nạn, phẫu thuật ... thường ảnh hưởng xấu đến hoạt động tình dục dù không gây tổn thương thực thể lên cơ quan này. Với những bệnh nhân này, người bác sĩ nên sớm phát hiện nguy cơ và sớm tư vấn cho bệnh nhân trước khi những trục trặc về tâm lý có thể xảy ra.

Tóm lại, rối loạn hoạt động tình dục ở nam là sự kết hợp giữa tổn thương thực thể và tâm lý. Trong điều kiện văn hóa xã hội hiện nay, người bác sĩ cần đóng vai trò chủ động trong mối quan hệ thầy thuốc – bệnh nhân, mỗi quan hệ có khả năng quyết định thành công hay thất bại của việc điều trị.

BỆNH QUAI BỊ VÀ VÔ SINH NAM

Bệnh quai bị là một bệnh lý toàn thân, cấp tính do nhiễm virus và dễ lây lan. Bệnh thường mắc ở trẻ em, tuy nhiên, với sự phổ biến của vaccin chủng ngừa, bệnh đã được hạn chế rất nhiều. Hiện trên thế giới người ta nhận thấy khoảng 50% quai bị xuất hiện ở người trưởng thành trẻ tuổi. Những ai khi đã mắc bệnh hoặc đã được chủng ngừa, hầu hết sẽ miễn dịch đối với bệnh quai bị. Hiện nay, ở nước ta, việc chủng ngừa quai bị có thể thực hiện khá dễ dàng.

Biểu hiện rõ nhất của bệnh là sốt và sưng một hoặc cả hai bên tuyến mang tai. Ngoài tuyến mang tai, một số cơ quan khác cũng có thể bị viêm đồng thời như tuyến nước bọt, tụy, màng não, tuyến sinh dục (tinh hoàn hoặc buồng trứng). Nhiều trường hợp nhiễm bệnh nhưng không biểu hiện ở viêm tuyến mang tai (sưng hàm) và virus chỉ tấn công vào các tuyến khác.

Ngoài viêm tuyến mang tai điển hình, viêm tinh hoàn là biến chứng thường gặp nhất của bệnh quai bị ở nam giới sau tuổi dậy thì. Bệnh quai bị trước tuổi trưởng thành thường ít có biến chứng viêm tinh hoàn và ít ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Tỷ lệ có biến chứng viêm tinh hoàn ở các trường hợp quai bị sau tuổi trưởng thành có thể từ 20-35%. Viêm tinh hoàn thường xảy ra sau khi viêm tuyến mang tai khoảng vài ngày. Khi bị viêm, tinh hoàn đau và sưng to, thường kèm với sốt. Bệnh thường tự khỏi vài ngày sau đó. Tuy nhiên, quá trình teo tinh hoàn có thể sẽ diễn tiến từ từ ở khoảng 50% những bệnh nhân này. Trong những trường hợp còn lại, quá trình sinh tinh

có thể dần dần trở về bình thường. Phụ nữ bị bệnh quai bị có thể có biến chứng viêm buồng trứng, tuy nhiên, rất hiếm gặp và thường không ảnh hưởng đến khả năng sinh sản.

Quá trình teo tinh hoàn sẽ diễn tiến trong vòng 1-6 tháng sau đợt viêm cấp tính. Quá trình sinh tinh sẽ giảm dần và có thể mất hẳn. Teo mô tinh hoàn có thể do tác động trực tiếp của virus hoặc thứ phát do thiếu máu cục bộ trong quá trình mô bị viêm, phù. Việc suy giảm quá trình sinh tinh do di chứng viêm tinh hoàn có thể phát hiện bằng các chỉ số trong tinh dịch đồ giảm dần. Nếu bị viêm cả hai bên tinh hoàn (khoảng 15%), sẽ dẫn đến vô sinh hoàn toàn. Một số trường hợp tinh hoàn teo, giảm sinh tinh, nhưng vẫn còn một số ỏ sinh tinh sót lại trong tinh hoàn.

Một khảo sát trên 400 cặp vợ chồng đến khám vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ cho thấy: Trong 52 trường hợp kích thích tinh hoàn nhỏ hơn bình thường, đã có hơn phân nửa bị bệnh quai bị sau dậy thì. Đồng thời, trong 36 trường hợp có tiền căn quai bị sau dậy thì, có 28 trường hợp teo tinh hoàn hai bên.

Nếu nam giới sau tuổi trưởng thành bị quai bị và có biến chứng viêm tinh hoàn, để giảm thiểu tác hại của di chứng trên tinh hoàn, có thể áp dụng các biện pháp điều trị như: nghỉ ngơi tại chỗ, chườm mát tinh hoàn, sử dụng thuốc kháng viêm. Trong một số trường hợp có thể sử dụng kháng sinh phổ rộng dự phòng viêm tinh hoàn do vi khuẩn. Một số nghiên cứu sử dụng Interferon trong giai đoạn viêm tinh hoàn có thể làm giảm tổn thương tinh hoàn và giảm tỷ lệ teo tinh hoàn.

Tóm lại, nam giới sau tuổi dậy thì khi bị quai bị cần chú ý đến biến chứng viêm tinh hoàn. Quai bị đi kèm viêm tinh hoàn có nhiều khả năng sẽ dẫn đến vô sinh, đặc biệt nếu viêm cả 2 tinh hoàn. Nếu có biến chứng viêm tinh hoàn, cần đến các cơ sở y tế để có biện pháp điều trị thích hợp. Vì quá trình teo tinh hoàn sẽ diễn tiến từ từ sau đợt viêm cấp tính, trong trường hợp có di chứng tại tinh hoàn, để giúp duy trì khả năng sinh sản, có thể đến các trung tâm điều trị vô sinh để xin trữ lạnh tinh trùng khi chất lượng tinh trùng chưa giảm nhiều. Lưu trữ tinh trùng dự phòng trong những trường hợp quai bị nên được thực hiện ở thanh niên bị quai bị có biến chứng tinh hoàn 2 bên nhưng chưa lập gia đình hoặc chưa có con.

PHÒNG NGỪA VÔ SINH NAM GIỚI SAU QUAI BỊ

Viêm tinh hoàn là biến chứng thường gặp nhất của bệnh quai bị ở nam giới sau tuổi dậy thì. Biến chứng này diễn ra trong vòng 1-6 tháng sau đợt viêm cấp tính, khiến việc sinh tinh giảm dần và có thể mất hẳn. Khi này, để duy trì khả năng làm cha, các thanh niên chưa lập gia đình hoặc chưa có con cần lưu trữ tinh trùng dự phòng.

Bác sĩ Hồ Mạnh Tường, khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh, cho biết quai bị là bệnh lý cấp tính toàn thân do nhiễm virus. Bệnh dễ lây lan và thường gặp ở trẻ em. Thống kê mới trên thế giới cho thấy,

50% bệnh nhân nằm ở độ tuổi thanh niên. Biểu hiện của bệnh là sốt, sưng một hoặc cả hai bên tuyến mang tai. Tình trạng viêm cũng có thể xuất hiện ở những cơ quan khác như tụy, màng não, tuyến sinh dục...

Khi quai bị xuất hiện ở nam giới tuổi dậy thì, biến chứng hay gặp nhất là viêm tinh hoàn (chiếm 20-35% các ca biến chứng). Tinh hoàn bị viêm thường sưng to và đau, bệnh nhân có thể bị sốt kèm theo. Ở khoảng 50% trường hợp, tinh hoàn sẽ dần dần teo đi. Bị viêm cả hai bên sẽ dẫn đến vô sinh hoàn toàn.

Theo bác sĩ Tường, nam giới sau tuổi dậy thì khi mắc bệnh quai bị cần đến bệnh viện để kiểm tra xem có bị biến chứng tinh hoàn không hoặc việc sinh tinh có bị ảnh hưởng không. Nếu khả năng sinh tinh không thể phục hồi, bệnh nhân cần đến các bệnh viện có điều trị vô sinh để được trữ tinh trùng cho đến khi cần sử dụng.

GIÃN TĨNH MẠCH – MỘT NGUYÊN NHÂN GÂY VÔ SINH

Gần 50% những người bị vô sinh nam có tinh dịch đồ bất thường. Trong đó, giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) là nguyên nhân hay gặp nhất và có thể điều trị được bằng phẫu thuật. Cắt cột tĩnh mạch tinh giãn làm cải thiện tinh dịch đồ trong 60-80% trường hợp, và đưa đến có thai tự nhiên ở 20-60% cặp vợ chồng.

Tần suất bị giãn tĩnh mạch tinh

Theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới, giãn tĩnh mạch tinh xảy ra ở 11,7% đàn ông có tinh dịch đồ bình thường và ở 25,4% đàn ông có tinh dịch đồ bất thường. Hơn 80% trường hợp giãn tĩnh mạch tinh không bị hiếm muộn nhưng 35-40% đàn ông bị hiếm muộn nguyên phát bị giãn tĩnh mạch tinh và 69-81% đàn ông bị hiếm muộn thứ phát bị bệnh này. Điều này chứng tỏ giãn tĩnh mạch tinh làm suy giảm dần dần chức năng sinh tinh của tinh hoàn.

Các biến đổi mô học do giãn tĩnh mạch tinh

Các biến đổi mô học của tinh hoàn do giãn tĩnh mạch tinh gây ra cũng tương tự như các trường hợp giảm sinh tinh khác : có sự tăng sản (hyperplasia) của tế bào Leydig, giảm số lượng tế bào Sertoli trong mỗi ống sinh tinh, hiện tượng ngừng sinh tinh. Ở tại tĩnh mạch, tĩnh mạch càng giãn thì thành mạch càng dày do có sự tăng dưỡng (hypertrophy) các sợi cơ trơn dọc, nội mạc dày và tăng collagen và mô xơ thành mạch.

Sinh lý bệnh

Nguyên nhân, giãn tĩnh mạch tinh là bệnh lý liên quan đến tư thế đứng của loài người. giãn tĩnh mạch tinh thường xảy ra bên trái do tĩnh mạch tinh trong bên trái đổ thẳng góc vào tĩnh mạch thận, còn tĩnh mạch tinh bên phải thì đổ chéo góc vào tĩnh mạch chủ. Dẫn lưu của tĩnh mạch thận kém hơn tĩnh mạch chủ, nên áp lực thủy tinh ở tĩnh mạch tinh bên trái cao, dẫn đến giãn bó tĩnh mạch tinh. Khi giãn tĩnh mạch tinh xuất hiện bên phải, người ta ghi nhận tĩnh mạch tinh phải thay vì đổ vào tĩnh mạch chủ, lại đổ vào tĩnh mạch thận.

Ảnh hưởng của giãn tĩnh mạch tinh lên chức năng tinh hoàn

Tăng nhiệt độ được nhiều nghiên cứu xác nhận đã làm giảm chức năng của tinh hoàn, ảnh hưởng xấu đến quá trình sinh tinh. Sự điều hòa nhiệt độ ở tinh hoàn được bảo đảm bằng hai cơ chế : da bìu có khả năng co giãn cao, sẽ giãn ra khi nóng; và búi tĩnh mạch tinh giúp làm nguội máu từ động mạch tới tinh hoàn. Khi tĩnh mạch tinh bị giãn, nó sẽ có nhiệt độ cao và không làm nguội máu động mạch được nữa.

Các chất chuyển hoá của thận và thượng thận. Adrenomullin, một chất giãn mạch mạnh mà bình thường chỉ tìm thấy trong tuyến thượng thận, thận, phổi, tìm chứ không có trong tinh hoàn, cũng được tìm thấy với nồng độ cao bất thường trong tĩnh mạch tinh do hiện tượng dội ngược (reflux) từ tĩnh mạch thận và tĩnh mạch thượng thận vào tĩnh mạch tinh. Có thể adrenomullin góp phần làm tăng nhiệt độ bìu.

Thiếu ôxy trong giãn tĩnh mạch tinh có thể ảnh hưởng xấu đến chức năng tinh hoàn. Thiếu ôxy có thể đưa đến suy thoái các sợi cơ da bìu (cremaster), từ đó ảnh hưởng đến cơ chế điều hòa nhiệt độ của da bìu. Thiếu ôxy cũng gây ra sự biến đổi các nguyên bào sợi-cơ (myofibroblast) thành nguyên bào sợi, đưa tới hiện tượng xơ hoá quanh ống sinh tinh.

Ảnh hưởng của giãn tĩnh mạch tinh trên khả năng sinh con. Năm 1955, Tulloch ghi nhận một bệnh nhân vô tinh (không có tinh trùng) đã có con sau khi được phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh.

Tinh dịch đồ. Trong giãn tĩnh mạch tinh, hình ảnh của tinh dịch đồ hay gặp nhất là giảm độ di động (90% trường hợp), kể đến là mật độ tinh trùng thấp dưới 20 triệu/ml (65% trường hợp).

Nội tiết tố. Có những nghiên cứu cho thấy chức năng của tế bào Leydig bị giảm. Vì đây là tế bào sản xuất ra testosterone nên nồng độ testosterone trong máu của bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh thường giảm, và testosterone trở lại bình thường sau khi phẫu thuật. Chức năng của tế bào Sertoli cũng bị ảnh hưởng, biểu hiện bằng sự giảm đáp ứng với FSH. Vì vậy, nồng độ FSH của bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh thường cao.

Chẩn đoán

Khám lâm sàng. Bệnh nhân cần được khám ở tư thế đứng và nằm ngửa, khi khám sẽ sờ thấy búi tĩnh mạch dày nằm trên tinh hoàn, thường là bên trái, và tinh hoàn cùng phía tĩnh mạch giãn thường nhỏ hơn tinh hoàn bên kia. Giãn tĩnh mạch tinh thường được chia thành ba độ :

Độ 1: Giãn tĩnh mạch tinh chỉ sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ 2: Giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy ở tư thế đứng.

Độ 3: Giãn tĩnh mạch tinh nhìn thấy dưới da bìu và sờ thấy khi bệnh nhân đứng.

Xét nghiệm. Các xét nghiệm giúp phát hiện giãn tĩnh mạch tinh mà khám lâm sàng bỏ sót (giãn tĩnh mạch tinh dưới lâm sàng [subclinical varicocele]).

Siêu âm, theo Pierek, giúp phát hiện 34% trường hợp giãn tĩnh mạch tinh mà khám lâm sàng bỏ sót. Siêu âm Doppler có giá trị cao trong chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh, nhưng hạn chế của xét nghiệm này là nó cần phải có dòng máu phun trong mạch máu thì nó mới phát hiện được mạch máu đó.

Chụp X quang tĩnh mạch là xét nghiệm chính xác nhất để chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh nhưng đây là một xét nghiệm xâm lấn và có những biến chứng nguy hiểm.

Các yếu tố tiên lượng

Độ giãn tĩnh mạch tinh. Sau mổ, tỉ lệ có thai tự nhiên của những bệnh nhân bị GTMT độ 2 và độ 3 cao hơn những người bị giãn tĩnh mạch tinh độ 1.

Thể tích tinh hoàn. Những người có tinh hoàn có thể tích bình thường có tỉ lệ có thai tự nhiên sau mổ cao hơn những người có tinh hoàn teo.

Yếu tố nội tiết. Nồng độ FSH bình thường trước mổ là yếu tố tiên lượng tốt.

Tinh dịch đồ. Những bệnh nhân trước mổ có mật độ tinh trùng trên 5 triệu/ml có sự cải thiện rõ rệt sau mổ. Độ di động trên 60% cũng là yếu tố tiên lượng tốt. 21-55% bệnh nhân vô tinh trước mổ sẽ có tinh trùng di động trở lại trong tinh dịch, và ít nhất là 25% những bệnh nhân này có thai tự nhiên. 69-86% bệnh nhân bị thiếu hụt tinh nặng (< 1 triệu tinh trùng /ml) có tinh dịch đồ cải thiện sau mổ, 38% bệnh nhân sẽ làm cha, bao gồm 21% bệnh nhân làm cha không cần các biện pháp hỗ trợ sinh sản.

Điều trị. Mục tiêu của điều trị giãn tĩnh mạch tinh là cải thiện chức năng của tinh hoàn và tinh dịch đồ để làm tăng khả năng có con.

X quang can thiệp làm tắc mạch có tỉ lệ biến chứng chung là 6% như: thủng mạch máu, thuyên tắc mạch. Biện pháp này chỉ nên dành cho những trường hợp phẫu thuật thất bại.

Phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh ngã sau phúc mạc (phẫu thuật Palomo) có tỉ lệ tái phát cao và không bảo tồn động mạch tinh. Phẫu thuật ngã bẹn (phẫu thuật Ivanissevich) có tỉ lệ tái phát thấp hơn và bảo tồn được động mạch tinh, bạch mạch nhờ sử dụng vi phẫu; bất lợi là đau vùng bẹn sau mổ. Phẫu thuật ngã dưới bẹn có những thuận lợi tương tự như phẫu thuật ngã bẹn và ít đau hơn do không cắt cơ, tuy nhiên cần phải có vi phẫu. Phẫu thuật ngã bìu không còn được áp dụng nữa do có nhiều biến chứng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng có tỉ lệ thành công tương tự phẫu thuật ngã sau phúc mạc; tuy nhiên nội soi ổ bụng lại tốn kém nhiều và nó biến phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh từ ngoài phúc mạc thành phẫu thuật qua phúc mạc với nguy cơ tổn thương ruột và các tạng trong ổ bụng.

Tóm lại vi phẫu thuật ngã dưới bẹn hay ngã bẹn thấp là phẫu thuật có tỉ lệ thành công cao nhất, ít biến chứng nhất và hiệu quả kinh tế cao nhất.

Kết quả. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy điều trị giãn tĩnh mạch tinh giúp cải thiện tinh dịch đồ và tỉ lệ có thai. Ở những cặp không thể có con tự nhiên sau phẫu thuật thì phối hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) làm tăng tỉ lệ có thai.

CHỨNG XOẮN THÙNG TINH

Bình thường, tinh hoàn được cố định chắc chắn ở trong bìu. Nhưng trong một số trường hợp, các điểm cố định này trở nên lỏng lẻo (thường liên quan đến cả 2 tinh hoàn), gây nên tình trạng xoắn thừng tinh. Bệnh thường xảy ra ở trẻ sơ sinh và thanh thiếu niên. Nếu không được điều trị sớm, nó có thể gây vô sinh.

Ở trẻ sơ sinh, xoắn thừng tinh có các biểu hiện: trẻ sinh ra đã thấy một tinh hoàn to, không đau, sờ thấy rắn đều, da ở bìu đỏ sẫm hoặc nhợt, mắt nếp nhăn. Có trường hợp một bên bìu rỗng do tinh hoàn bị xoắn đã tiêu đi từ trước.

Ở tuổi thanh thiếu niên, xoắn thừng tinh có các biểu hiện cấp tính như đau dữ dội một bên bìu, lan lên vùng bẹn hoặc cả vùng chậu, kèm buồn nôn hoặc nôn. Bìu bị viêm, tăng thể tích, da đỏ phù nề, mắt nếp nhăn, sờ nắn vào rất đau.

Để chẩn đoán xác định căn bệnh này, bác sĩ sẽ khám lâm sàng và chỉ định ghi hình siêu âm để có thể thấy trực tiếp các vòng xoắn.

Xoắn thừng tinh thường đem lại hậu quả nặng nề. Do mạch máu bị nghẽn nên tinh hoàn không được nuôi dưỡng, rất dễ tổn thương. Nếu chậm được chẩn đoán và điều trị, tinh hoàn có thể bị hoại tử thành mũ hoặc hoàn toàn teo đi trong vài tháng. Bệnh nhân có nhiều nguy cơ vô sinh, nhất là các trường hợp thừng tinh 2 bên tinh hoàn đều lần lượt bị xoắn...

Căn bệnh này là một cấp cứu về ngoại khoa nên bệnh nhân cần được đưa đi khám và mổ sớm. Phẫu thuật tháo xoắn sẽ giúp phục hồi việc cung cấp máu cho tinh hoàn. Các bác sĩ cũng ngăn ngừa xoắn tái phát bằng cách cố định tinh hoàn, đồng thời đề phòng xoắn thừng tinh bên đối diện bằng cách cố định tinh hoàn đó. Riêng với trẻ sơ sinh, không cần mổ gấp để cố định tinh hoàn còn lại; có thể trì hoãn việc này trong vài tháng.

Khi đã mổ tháo xoắn thừng tinh, bệnh nhân vẫn có nguy cơ thiếu dinh dưỡng và teo thứ phát tinh hoàn liên quan nên cần được kiểm tra lại sau 6 tháng.

CHỈ CÓ THỂ KHIẾN NAM GIỚI VÔ SINH

Nguyên nhân là do kim loại này ảnh hưởng xấu tới chức năng của tinh trùng. Nghiên cứu của Mỹ tiến hành trên 140 cặp vợ chồng muốn sinh con bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm cho thấy, hàm lượng chì trong tinh trùng càng cao thì cơ hội mang thai của người vợ càng thấp.

Các nhà khoa học tại Viện Nghiên cứu North Shore-Long Island Jewish tại Manhasset (New York) cho hay, ở nhóm có nhiều chì trong tinh trùng, nồng độ chất này trong máu vẫn bình thường. Cũng không ghi nhận được nguy cơ tiếp xúc với hàm lượng chì cao tại nơi làm việc của bệnh nhân. Theo các tác giả, chì có thể thâm nhập cơ thể từ nhiều nguồn khác như: ống dẫn bằng chì, các loại sơn, men sứ, đồ dùng

bằng thiếc, một số vật đựng bằng kim loại... Do tinh hoàn là kho dự trữ các chất mà cơ thể "thu được" từ môi trường (trong đó có chì), nên hàm lượng kim loại có thể tăng ở tinh hoàn nhưng vẫn bình thường trong máu.

Nhóm nghiên cứu cho rằng, đo hàm lượng chì trong tinh trùng có thể trở thành xét nghiệm hữu ích đối với nam giới bị vô sinh. Với một số trường hợp có quá nhiều chì ở tinh trùng, việc dùng kẽm bổ sung sẽ mang lại hiệu quả vì trong tinh trùng, chì và kẽm có vẻ là những "địch thù" của nhau (khi chì tăng cao thì kẽm giảm). Trước đây, kẽm cũng đã được dùng trong một số phương pháp điều trị vô sinh.

Thử nghiệm cho thấy, khi cho tinh trùng của nam giới đã có con tiếp xúc với chì, các "chiến binh" này mất đi 2/3 chức năng bình thường.

NHỮNG NGHỀ NGHIỆP LÀM GIẢM KHẢ NĂNG SINH SẢN

Các nhà khoa học Mỹ phát hiện ra rằng, việc lao động lâu trong môi trường có độ ồn từ 90 dB trở lên đều ảnh hưởng xấu tới chức năng sinh dục của nam giới (không phóng tinh, số lượng tinh trùng quá ít hoặc yếu) và có thể dẫn đến vô sinh.

Làm việc và sinh hoạt dài ngày trong môi trường có tiếng động 70-80 dB cũng không tốt cho khả năng sinh sản của nam giới.

Độ ồn thường xuyên (âm nền) cho phép:

- Môi trường nghỉ ngơi: 40 dB.
- Môi trường sinh hoạt: 60 dB
- Môi trường sản xuất: 80 dB.

Nếu cao hơn, thời gian tiếp xúc phải giảm.

Sau đây là một số nghề nghiệp có thể dẫn đến vô sinh ở nam:

1. Nghề có môi trường quá nóng

Để đảm bảo cho tinh trùng sản sinh bình thường, hằng ngày tinh hoàn tăng nhiệt cục bộ 30 phút. Nếu sự gia tăng nhiệt độ này kéo dài liên tục trong 15 - 20 ngày, quá trình sản xuất tinh trùng sẽ bị ảnh hưởng xấu, dẫn đến vô sinh. Vì vậy, nam giới nên tránh làm việc lâu ngày trong môi trường nhiệt độ cao.

Bệnh viện phụ sản Bắc Kinh đã phân tích hơn 2.300 trường hợp nam giới vô sinh và nhận thấy, nghề nghiệp có tỷ lệ vô sinh cao nhất là lái xe. Những người lái xe phải làm việc trong môi trường có nhiệt độ quá cao (nhiệt độ của buồng lái không có máy lạnh có khi lên đến 43-45 độ C).

2. Nghề tiếp xúc lâu với thuốc trừ sâu

Một nghiên cứu tại Argentina do các nhà khoa học Pháp và Argentina phối hợp thực hiện cho thấy thuốc trừ sâu, diệt cỏ và diệt nấm làm giảm đáng kể lượng tinh trùng ở đàn ông. Tỷ lệ tinh trùng của những người tiếp xúc nhiều với các loại thuốc nói trên nằm dưới mức có thể sinh sản.

Theo bác sĩ Multigner, một thành viên của nhóm nghiên cứu, thủ phạm gây ra tình trạng này có thể là thuốc trừ sâu.

Loại thuốc này rất có hại cho tinh hoàn của nam giới. Một nhà máy sản xuất thuốc sát trùng của Mỹ đã phân tích tinh dịch của 25 công nhân làm việc trong môi trường thuốc trừ sâu. Kết quả là 9 người không có tinh trùng; 3 người tinh trùng ít, loãng; 13 người bình thường. Thời gian làm việc càng lâu, số lượng tinh trùng càng giảm.

Các thí nghiệm trên động vật cũng cho thấy, thời gian tiếp xúc với thuốc trừ sâu DDT càng dài, khả năng sinh sản càng giảm.

3. Nghề tiếp xúc với điện lí phóng xạ

Thực tiễn đã chứng minh rằng, lượng chiếu xạ nhỏ hơn 1.000 rơnghen cũng có thể làm giảm khả năng sinh dục. Nếu tiếp xúc với lượng chiếu xạ 2.000-3.000 rơnghen trong 12-13 tháng, nam giới sẽ mất khả năng sinh dục tạm thời. Tiếp xúc với lượng chiếu xạ 5.000 rơnghen trong 18-24 tháng sẽ làm nam giới vĩnh viễn mất khả năng sinh dục.

4. Nghề tiếp xúc với kim loại nặng và các hóa chất độc hại

Kết quả một cuộc khảo sát quá trình công tác của 230 nam giới bị suy giảm khả năng sinh dục cho thấy, gần 45% đã tiếp xúc với cadimi, chì, niken, kẽm, thủy ngân và các chất độc khác trong thời gian dài. Trước khi tiếp xúc với những chất độc kể trên, một nửa trong số họ đã có chức năng giới tính bình thường. Điều ngạc nhiên hơn là vợ của những người đàn ông tiếp xúc tương đối lâu với chất độc có tỷ lệ đẻ non khá cao.

Một nghiên cứu được tiến hành trên 150 công nhân tiếp xúc với chì cho thấy, số lượng tinh trùng, khả năng sống và hình dáng của tinh trùng có liên quan mật thiết đến nồng độ chì trong huyết thanh:

- Nồng độ chì trong máu cao hơn 53% microgram; Số lượng và sức sống của tinh trùng giảm rõ rệt.

- Nồng độ chì trong máu vượt quá 74,5%: Tỷ lệ tinh trùng dị dạng là 86%.

- Nồng độ chì trong máu bình thường: Tỷ lệ tinh trùng dị dạng là 14-16%.

TĂNG KHẢ NĂNG CÓ CON CHO NAM GIỚI

Vai trò sinh sản của nam giới phụ thuộc vào nhiều yếu tố; không phải chỉ có đủ số lượng tinh trùng mà tinh trùng phải đi qua được âm đạo, vào trong tử cung rồi phải đủ sức bơi tới vòi trứng để tiếp cận với trứng. Để thúc đẩy khả năng sinh con, phái mạnh cần lưu tâm tới việc tăng sức khỏe cho tinh trùng.

Sự thụ tinh cho trứng đòi hỏi phải có những tinh trùng khỏe mạnh, nghĩa là có hình thể bình thường và có khả năng di chuyển nhanh. Cần có ít nhất 20 triệu tinh trùng trong 1ml tinh dịch; nếu tinh trùng có hình thể không bình thường, di chuyển chậm hay lạc hướng thì sự thụ thai gặp khó khăn. Tinh trùng được tạo ra liên tục ở 2 tinh hoàn nằm trong bìu bên ngoài cơ

thể do đó không nóng, tốt cho sự phát triển của tinh trùng. Nhiệt độ bên trong cơ thể quá cao ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của tinh trùng. Dịch của tuyến tiền liệt và túi tinh hòa lẫn nhau để tạo nên tinh dịch và được lưu giữ trong túi tinh.

Khi quan hệ tình dục, tinh dịch được phóng ra, trong đó chỉ là một phần là tinh trùng, nhưng mỗi lần phóng tinh cũng chứa tới một phần tư hay một tỷ tinh trùng, nhưng chỉ có khoảng 200 tinh trùng tiếp cận được với trứng ở vòi trứng. Vậy để thúc đẩy khả năng sinh con của nam giới, tác động tới sức khỏe của tinh trùng, cần quan tâm:

- Sử dụng vitamin và chất khoáng: selenium, kẽm và acidfolic là những vi chất rất quan trọng cho sự sản xuất ra tinh trùng và hoạt động của tinh trùng. Thông thường một viên đa sinh tố (multivitamin) mỗi ngày là cung cấp đủ những chất này. Vitamin C (500mg mỗi ngày) và vitamin E (200 - 400 đơn vị quốc tế mỗi ngày) là những chất chống ôxy hóa có thể nâng cao chức năng của tinh trùng.

- Giữ cho tinh hoàn mát: Để sản xuất ra tinh trùng lành mạnh, tinh hoàn phải mát hơn nhiệt độ cơ thể. Vì lý do đó nên tinh hoàn nằm trong bìu ở bên ngoài cơ thể. Để chất lượng và số lượng tinh trùng tốt nhất, tránh tắm hơi, tắm nóng, bể tắm có xoáy nước. Không nên mặc các loại quần lót chật quá ảnh hưởng đến sự sản xuất ra tinh trùng.

- Một số phương pháp điều trị có thể làm chậm hay cản trở sự sản xuất tinh trùng. Hóa liệu pháp, tia xạ và phẫu thuật sinh dục-tiết niệu có thể gây ra mất khả năng sinh sản tạm thời

hay vĩnh viễn. Nhiều người ở các nước công nghiệp phát triển đã cho bảo quản tinh trùng của mình bằng phương pháp đông lạnh để giữ giống trước khi phải thực hiện một trong những liệu pháp nói trên.

- Hạn chế rượu: Vì rượu ảnh hưởng đến chất lượng và số lượng tinh trùng, có thể làm giảm nồng độ testosterone và cả chức năng cương cứng.

- Không hút thuốc lá: Tăng nguy cơ bị vô sinh và rối loạn chức năng cương cứng. Tinh trùng của những người hút từ 1-2 bao thuốc lá mỗi ngày có hình thể không bình thường và di chuyển chậm. Hít phải khói thuốc cũng có thể gây ra vấn đề về hô hấp cho trẻ nhỏ.

Nếu không muốn cho trẻ nhỏ bị ảnh hưởng của khói thuốc thì các ông bố nên cai thuốc lá.

- Không dùng ma túy: chất marijuiana có thể làm giảm mật độ và sự di động của tinh trùng, tăng số lượng tinh trùng không bình thường. Cocaine có thể gây rối loạn chức năng cương cứng và amphetamin có thể làm mất ham muốn tình dục.

- Tránh các chất độc: Tránh tiếp xúc với hóa chất có tiềm năng độc và không khí khói hay chất bốc hơi độc. Tuân theo chỉ dẫn sử dụng khi dùng các chất diệt côn trùng, diệt cỏ, sơn, thuốc tẩy, véc-ni, keo dán, chất hòa tan hữu cơ và kim loại nặng.

Nếu sau 1 năm sống chung với vợ, không dùng biện pháp tránh thai mà vợ vẫn không thụ thai thì cần gặp bác sĩ để xác định thêm những nguyên nhân khác gây hiếm muộn.

PHỤ NỮ TRÁNH THAI – NAM GIỚI TRỞ NÊN VÔ SINH

Giả thuyết này được các nhà khoa học Anh đưa ra sau khi phát hiện rằng tại nhiều sông ngòi ở Anh, có tới một nửa số cá đực có dấu hiệu chuyển giới. Thủ phạm chính là chất ethanol estriadol, được giải phóng từ nước tiểu của phụ nữ dùng thuốc tránh thai.

Ethanol estriadol là một loại estrogen tổng hợp có trong thuốc viên tránh thai của phụ nữ.

Trong một nghiên cứu phối hợp của BBC và tờ The Independent, các nhà khoa học đã tiến hành kiểm tra 10 con sông ở vùng đất thấp của Anh trong vòng 5 năm. Người ta tìm thấy những con cá đực hóa cái ở tất cả các khu vực này. Trung bình, 50% cá đực có trứng trong tinh hoàn hoặc có ống dẫn trứng. Khoảng 10% bị vô sinh và 25% có tinh trùng bị tổn thương. Những con cá này đã không thay đổi trở lại khi được đặt vào môi trường nước sạch. Điều này cho thấy, những biến đổi nói trên là không thể hồi phục.

Nguồn nước uống có thể bị ô nhiễm

Các nhà nghiên cứu cho rằng rất có thể ethanol estriadol đã vượt qua hệ thống xử lý nước thải và đi vào sông ngòi. Theo họ, điều đáng lo ngại nhất là nồng độ ethanol estriadol đã gây ảnh hưởng xấu tới cá còn thấp hơn nồng độ chất này ở một số mẫu nước uống chế biến từ nước sông. Đó là do ngưỡng phát hiện ethanol estriadol trong sản xuất nước

uống cao hơn nồng độ có thể gây vô sinh cho cá. Tại Anh, 1/3 lượng nước uống được lấy từ sông ngòi.

Theo các nhà khoa học, nếu dùng là ethanol estriadol đi vào nước uống thì việc số lượng tinh trùng của nam giới Anh giảm trong 50 năm qua cũng là điều dễ hiểu.

KHUẨN CHLAMYDIA CÓ THỂ KHIẾN ĐÀN ÔNG VÔ SINH

Chlamydia, một trong những bệnh lây nhiễm qua đường tình dục quen thuộc nhất, có thể gây vô sinh ở nam giới không kém gì nữ giới, một nghiên cứu mới của Thụy Điển tiết lộ. Phát hiện này là một lý do thuyết phục nữa cho việc thực hiện sex an toàn.

Nhóm nghiên cứu, dẫn đầu là giáo sư Jan Olofsson từ Đại học Umea, đã kiểm tra 244 cặp vợ chồng vô sinh để tìm bằng chứng về chlamydia, một bệnh nhiễm trùng thông thường xuất hiện mà không có triệu chứng.

Họ ghi nhận đàn ông nhiễm chlamydia (đặc biệt ở những người mà hệ thống miễn dịch đã tiếp xúc với căn bệnh này và đã sinh kháng thể để chống lại bệnh) có cơ hội làm cha thấp hơn 33% so với những người thường.

Trong khi giới nghiên cứu đã biết từ lâu rằng phụ nữ nhiễm chlamydia dễ phát triển bệnh viêm khung xương chậu và vô sinh, song nguy cơ tương tự ở đàn ông thì chưa được biết đến rộng rãi. Phát hiện này là điều đáng lo ngại, bởi theo các nhà nghiên cứu, hầu hết người nhiễm chlamydia không

nhận ra họ đang mắc bệnh. Khoảng 90% nữ giới và gần một nửa số đàn ông nhiễm bệnh không biểu hiện triệu chứng.

"Công trình của chúng tôi chỉ ra rằng không chỉ phụ nữ cần lo lắng về bệnh chlamydia. Đàn ông cũng cần ý thức rằng đó là nguy cơ nghiêm trọng thực sự với họ", Olofsson nói.

Nhóm nghiên cứu phỏng đoán tình trạng viêm nhiễm ở nam giới có liên quan với việc giảm khả năng vận động của tinh trùng, nhưng giả thuyết này chưa được kiểm chứng.

Một chuyên gia về sức khỏe tình dục Australia cho biết, chlamydia có thể ngăn chặn được bằng các phương pháp giao hợp an toàn. "Bạn phải dùng bao cao su", tiến sĩ Christine Read, giám đốc y học của tổ chức FPA Health nhấn mạnh.

Bà cũng xác nhận đàn ông dễ nhận biết triệu chứng bệnh hơn nữ giới. Đó có thể là đi tiểu khó hoặc tiết ra một ít chất nhầy vào buổi sáng. Điều quan trọng là phải tiến hành chữa trị ngay khi phát hiện, bởi nếu để lâu, bệnh đôi khi có thể gây ra những vấn đề kinh niên.

KHÁM VÔ SINH NAM

Những nghiên cứu gần đây cho thấy từ 10-15% các cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản có vấn đề về hiếm muộn, trong đó, tỉ lệ vô sinh do nam chiếm từ 30-40%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo chất lượng tinh trùng nam giới ngày càng giảm. Bất thường tinh dịch đồ, đặc biệt là các trường hợp thiếu tinh nặng và không có tinh trùng có thể phản ánh một tình trạng bệnh lý. Do đó việc khám và điều trị vô sinh nam là hết sức cần thiết trong công tác điều trị hiếm muộn.

Các bước thăm khám vô sinh nam

1. Hỏi bệnh sử

Rất cần thiết vì nó góp phần cho chẩn đoán 25% các trường hợp vô sinh. Bệnh sử cần khai thác bao gồm:

- Tiểu đường và bệnh lý thuộc hệ thần kinh có thể gây bất lực và rối loạn xuất tinh.

- Bệnh lao có thể gây viêm mào tinh, tiền liệt tuyến, từ đó làm giảm sự vận chuyển tinh trùng. Bệnh viêm xoang mãn, viêm phế quản mãn đôi khi liên quan đến một số bệnh lý bẩm sinh bất thường làm tinh trùng bất động hay gây bất sản ống dẫn tinh.

- Sốt: sốt quá 38,5°C có thể cản trở quá trình sinh tinh trong khoảng thời gian tới 6 tháng (theo WHO 1987). Những dữ kiện gần đây cho thấy sốt có thể gây tổn hại DNA của tinh trùng.

- Tiền căn dùng thuốc: một số thuốc chữa bệnh có thể gây tổn hại tạm thời hay vĩnh viễn quá trình sinh tinh như hóa trị ung thư, hormon, cimetidin, sulphasalazine, spironolactone ...

- Tiền căn phẫu thuật: có thể có sự suy giảm tạm thời khả năng sinh tinh sau phẫu thuật từ 3 – 6 tháng, đặc biệt trong phẫu thuật có gây mê. Sinh thiết tinh hoàn có thể gây nên tình trạng ức chế sự sinh tinh tạm thời. Phẫu thuật van niệu đạo, tiền liệt tuyến, cổ bàng quang có thể gây xuất tinh ngược dòng. Phẫu thuật thoát vị có thể làm tổn thương ống dẫn tinh. Phẫu thuật tràn dịch tinh mạc hay trên bộ phận sinh dục có thể gây phản ứng miễn dịch tạo kháng thể kháng tinh trùng.

- Nhiễm trùng tiểu: bí tiểu, tiểu máu có thể liên quan đến sự nhiễm trùng các tuyến sinh dục phụ và làm giảm chất lượng tinh trùng.

- STD: đặc biệt chú trọng về tiền căn bệnh giang mai, lậu, Chlamydia trachomatis.

- Quai bị: quai bị sau dậy thì, có thể gây viêm teo tinh hoàn.

- Chấn thương tinh hoàn: có thể làm teo tinh hoàn hoặc làm thiếu máu nuôi tinh hoàn và tạo kháng thể kháng tinh trùng đều có thể gây vô sinh.

- Các yếu tố nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt: như làm việc trong môi trường nóng, tiếp xúc với hóa chất độc như chì, thủy ngân, thuốc trừ sâu, rượu, thuốc lá cũng làm giảm khả năng sinh tinh, gây vô sinh.

2. Khám lâm sàng

- Khám tổng quát

Bất thường về chỉ số chiều cao-cân nặng (BMI 30 kg/m) có thể liên quan đến giảm thể tích tinh hoàn và suy giảm khả năng sinh tinh (WHO 1987). Chiều dài các chi bất thường mất cân đối so với thân mình giúp nhận ra hội chứng Klinefelter. Dấu hiệu kém phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát cho thấy suy vùng dưới đồi.

- Phát hiện vú to ở nam: Ngực bệnh nhân phải được sờ nắn xem có sự hiện diện của mô tuyến vú hay không. Tư thế tốt nhất là bệnh nhân giơ 2 tay lên đầu duỗi thẳng ngực ra. Vú to ở nam có thể là tình trạng quá mức estrogen nội sinh hay ngoại sinh hay dùng các loại thuốc như digitalis, spironolactone, và cũng là một đặc điểm của hội chứng Klinefelter.

- Khám dương vật: có thể phát hiện lỗ tiểu đóng thấp, lỗ tiểu lệch trên, hẹp quy đầu, chấn thương dương vật có thể gây xuất tinh bất thường hoặc tinh dịch không vào được âm đạo.

- Khám 2 tinh hoàn: Vị trí của tinh hoàn được xác định tốt nhất khi bệnh nhân đứng. Cả 2 tinh hoàn phải được sờ nắn thấy và nằm thấp trong bìu. Tinh hoàn lạc chỗ: tinh hoàn nằm trong ống bẹn, ở cổ bìu, vùng mu, trong ổ bụng.

- Đo thể tích tinh hoàn: đo thể tích tinh hoàn bằng thước Prader hay đo trên siêu âm. Thể tích tinh hoàn bình thường là 12-30ml. Tinh hoàn nhỏ cho thấy sự thiếu hụt ống sinh tinh. Tinh hoàn nhỏ < 3ml, chắc là đặc trưng của hội chứng Klinefelter. Tinh hoàn nhỏ trong khoảng 5-12ml, mềm, gợi ý suy sinh dục – suy vùng dưới đồi. Tinh hoàn cứng chắc, thể tích bình thường hay lớn có thể là ung thư tinh hoàn. Người có thể tích tinh hoàn và mật độ bình thường mà không có tinh trùng có thể là do tắc nghẽn.

- Khám mào tinh: Mào tinh bình thường vừa đủ để sờ thấy là một cơ quan mềm ở trên và sau tinh hoàn. Nếu sờ thấy một khối sưng phồng có thể do tắc nghẽn ở đoạn xa. Sưng đau ở mào tinh có thể là viêm cấp hay mãn mào tinh.

- Khám ống dẫn tinh: Bình thường ống dẫn tinh sờ giữa 2 ngón tay cảm giác như 1 dây thừng mỏng, chắc.

- Dẫn tinh mạch thừng tinh: khám ở tư thế đứng, phân làm 3 độ.

Độ III: khi đám rối tĩnh mạch căng phồng lộ ra khỏi da bìu và sờ thấy dễ dàng.

Độ II: khi tinh mạch trong bìu căng phồng dễ dàng sờ thấy nhưng không rõ lắm.

Độ I: khi không rõ ràng hoặc không sờ thấy sự căng phồng tinh mạch nếu bệnh nhân không làm nghiệm pháp Valsalva. Cũng có khi chỉ nhờ siêu âm doppler mới phát hiện giãn tinh mạch thường tinh.

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm nội tiết: FSH, testosterone

- Siêu âm trực tràng (TRUS): phát hiện tắc nghẽn, bất sản túi tinh, ống dẫn tinh ...

- Siêu âm doppler: đo kích thước tinh hoàn và phát hiện các bất thường ở tinh hoàn như khối u tinh hoàn, viêm mào tinh, tràn dịch tinh mạc, dẫn tinh mạch thường tinh ...

Kết luận

Thăm khám vô sinh nam là giúp tìm hiểu nguyên nhân gây vô sinh nam để có biện pháp điều trị thích hợp. Ngoài ra, có thể giúp phát hiện các bệnh lý đi kèm để điều trị sớm.

DỪNG DẦU CÁ LÂU DÀI CÓ THỂ DẪN ĐẾN VÔ SINH NAM

Theo kết luận của các nhà nghiên cứu tại Đại học Viễn Đông (Nga), khi dùng lâu ngày, dầu cá sẽ gây rối loạn cấu trúc tế bào tinh hoàn, dẫn đến chứng vô sinh ở nam giới.

Các nhà khoa học đã tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng dầu cá và hàm lượng phospholipid (một thành phần

hoá học của màng tế bào) ở chuột. Khi lượng chất này giảm đi thì màng tế bào sẽ không thực hiện được các chức năng của nó.

Nghiên cứu trên tinh hoàn chuột bạch trưởng thành cho thấy: Sau 3 tháng đầu tiên dùng thức ăn có bổ sung dầu cá, lượng phospholipid trong màng tế bào tăng lên, nhưng sau 6 tháng, hàm lượng này lại giảm rõ rệt. Sau thời gian 1 năm sử dụng dầu cá, phospholipid trong màng tế bào còn lại rất ít. Các tế bào tinh hoàn bị ảnh hưởng nặng nhất. Người ta nhận thấy việc thường xuyên ăn dầu hướng dương cũng dẫn tới tình trạng tương tự nhưng khó nhận thấy hơn.

Dầu cá là một loại thuốc cổ điển rất có hiệu quả trong việc phòng ngừa các bệnh tim mạch.

BỆNH CHÂM ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG SINH SẢN CỦA NAM GIỚI

Bệnh chàm (chlamydia), bệnh lây truyền chlamydia qua đường tình dục có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới, các nhà nghiên cứu cho biết.

Bệnh chàm, một bệnh lây lan qua đường tình dục khá phổ biến và được biết đến như là nguyên nhân gây vô sinh ở nữ giới, cũng có thể làm giảm khả năng sinh con của nam giới (giảm 1/3), các nhà nghiên cứu Thụy Điển cho biết.

Trong một nghiên cứu tiến hành chung với các nhà khoa học ở đại học Umea, Thụy Điển với 244 cặp điều trị vô sinh, Olofsson phát hiện rằng kết quả kiểm tra cho thấy 7%

nam vô sinh và 7% nữ vô sinh có kháng thể mang DNA chlamydia trong nước tiểu.

Jan Olofsson, ở trung tâm nghiên cứu về khả năng sinh sản Scandinavian ở Gothenburg cho biết, các chuyên gia vẫn chưa tìm hiểu được nguyên nhân vì sao bệnh chàm gây vô sinh, nhưng họ tin rằng nó có thể ảnh hưởng đến tinh trùng.

Những nghiên cứu mới đây cho thấy cứ 10 phụ nữ thì có một bị nhiễm chàm. Từ năm 1999 đến nay, có thêm khoảng 92 triệu trường hợp nhiễm chlamydia, WHO cho biết. Nhưng vì không có biểu hiện cụ thể cho nên khoảng 70% nữ và 50% nam không biết rằng mình đang bị bệnh.

"Quý ông nên quan tâm đến những nguy cơ có khả năng bị lây nhiễm và họ nên kiểm tra, đồng thời có phương pháp điều trị", Jan Olofsson khuyến.

Các triệu chứng ở nam giới:

- Có khi hư hoặc chảy mủ ở đầu dương vật
- Đau hoặc buốt khi đi tiểu
- Đau, sưng tinh hoàn

Các triệu chứng ở nữ:

- Âm đạo chảy mủ không bình thường
- Đi tiểu bị đau
- Chảy máu ngoài chu kỳ hành kinh
- Đau khi quan hệ và chảy máu sau khi quan hệ
- Đau bụng dưới

Căn bệnh này có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh. Nếu sớm chẩn đoán và điều trị thì sẽ không có ảnh hưởng gì đến phụ nữ. Nhưng để tái diễn và bị lây nhiễm trở lại thì sẽ

dẫn đến vô sinh, nhiễm trùng thai, viêm và đau khung xương chậu. Những bà mẹ bị nhiễm bệnh chàm trong thời gian mang thai thì trẻ sinh ra có thể bị nhiễm trùng mắt hoặc viêm phổi.

THÓI QUEN XẤU ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC SINH CON

Thói quen hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng ma túy cũng như tuổi tác lớn và trọng lượng cơ thể không phù hợp đều có thể dẫn tới tình trạng vô sinh. Hút thuốc hoặc lạm dụng ma túy có thể làm cho tinh trùng biến dạng, giảm độ vận động và khả năng sinh sôi nảy nở. Các bệnh truyền qua đường sinh dục như bệnh lậu cũng làm giảm khả năng thụ thai của các cặp vợ chồng.

Đó là lời cảnh báo mà Hội Y học sinh sản Mỹ vừa đưa ra. Theo đó, các cặp vợ chồng định có con cần chú ý tới các yếu tố này một thời gian dài trước khi sẵn sàng đẻ sinh con. Hội khuyến cáo nam nữ từ 20 tuổi tới ngoài 30 nên bỏ hút thuốc, uống rượu và sử dụng ma túy. Ông Mike Soules, Chủ tịch Hội nói: "Cũng giống như căn bệnh ung thư phổi và AIDS, bệnh vô sinh có thể phòng ngừa được".

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng bệnh Mỹ, tại nước này, khoảng 6,1 triệu phụ nữ và 2,1 triệu cặp vợ chồng bị vô sinh hay mắc các chứng bệnh làm ảnh hưởng tới khả năng sinh con. 12% các trường hợp vô sinh xuất hiện ở những người có trọng lượng cao hơn hoặc thấp hơn nhiều so với chỉ số trung bình.

CHỒNG HÚT THUỐC LÁ VỢ DỄ BỊ SẴY THAI

Hút thuốc lá thụ động là nguyên nhân hàng đầu gây sảy thai sớm. Một nghiên cứu của Mỹ cho thấy, chị em có chồng đốt trên 20 điếu thuốc mỗi ngày có 80% nguy cơ sảy ngay trong vòng 6 tuần đầu tiên.

"Những phụ nữ chuẩn bị mang thai cần biết rằng hút thuốc lá thụ động làm tăng nguy cơ thất bại" - tiến sĩ Xiping Xu đến từ Đại học Harvard cảnh báo - "Họ cần tránh xa những nơi có khói thuốc và khuyên can người thân từ bỏ thuốc lá ngay".

Tiến sĩ Xu và cộng sự đã làm xét nghiệm nước tiểu mỗi ngày cho hơn 500 phụ nữ Trung Quốc không hút thuốc lá và đang cố gắng thụ thai, nhằm phát hiện các trường hợp có thai. Nhóm đồng thời tìm hiểu về mức độ nghiện thuốc lá của người chồng. Kết quả cho thấy, ở những người có chồng đốt trên 20 điếu/ngày, nguy cơ sảy thai trong 6 tuần đầu cao hơn người được sống trong môi trường không khói thuốc là 80%. Hậu quả tương tự cũng được ghi nhận ở những người có chồng hút dưới 20 điếu/ngày. Không những thế, nếu chồng bị nghiện nặng, người vợ còn có thời gian thụ thai lâu hơn.

Các trường hợp sảy thai do hít phải khói thuốc xảy ra rất sớm. Phần lớn nạn nhân đều không phát hiện ra, và thường cho rằng hiện tượng ra nhiều máu khi sảy thai chỉ là chuyện

chu kỳ bình thường. Theo tiến sĩ Xu, nguyên nhân sảy thai do thuốc lá là do các độc tố trong khói thuốc thâm nhập vào cơ thể phụ nữ mang thai và gây gián đoạn hoạt động hoặc làm mất cân bằng một số hoóc môn quan trọng có nhiệm vụ duy trì bào thai.

THIẾU VÀ THỪA CHẤT DẪN ĐẾN VÔ SINH

Việc cung cấp không đúng liều lượng một số chất dinh dưỡng có thể gây vô sinh ở nam giới. Ngoài ra, ham muốn tình dục giảm thấp, liệt dương, xuất tinh sớm và không phóng tinh khi giao hợp... cũng là những trở ngại có thể gặp do ảnh hưởng của những chất này.

Thiếu các chất dinh dưỡng có thể gây trở ngại đến sự hình thành, phát dục của tuyến sinh dục và sự hình thành tinh trùng. Khi thiếu nghiêm trọng có thể gây tình trạng không có tinh trùng, gây vô sinh.

Vitamin và protein

Các vitamin và protein là cơ sở để hình thành tinh trùng.

- Vitamin C có tác dụng nhất định trong việc ngăn chặn sự ngưng tập tinh dịch.

- Thiếu vitamin A có thể làm cho khả năng sinh phát tinh trùng bị giảm yếu.

- Thiếu vitamin E có thể làm tổn hại đến tinh hoàn.

Các nguyên tố vi lượng

Công năng sinh dục bình thường còn dựa vào các nguyên tố vi lượng trong cơ thể. Thiếu hay thừa những nguyên tố này đều có hại đến công năng sinh dục và chất lượng tinh trùng:

- *Kẽm* tham dự vào rất nhiều khâu của công năng sinh dục nam giới như sự thay đổi cũ mới của tinh trùng và sự phát dục của tuyến sinh dục. Thiếu kẽm có thể dẫn đến vô sinh, nhưng quá nhiều kẽm cũng có thể ảnh hưởng xấu đến công năng sinh dục.

- *Sêlen* giữ cho cơ thể tránh bị các nguyên tố có hại phá hoại hệ thống sinh sản. Thiếu sêlen sẽ làm giảm sức hoạt động của tinh trùng. Nồng độ sêlen trong tinh dịch thấp có thể gây vô sinh, nhưng nếu quá cao khi giao hợp thì sau đó có thể gây sảy thai.

- *Đồng* có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ sống, độ hoạt động và khả năng xuyên qua niêm mạc tử cung của tinh trùng.

- *Chì* tích trữ trong cơ thể có thể gây tổn hại cho tế bào sinh sản, làm cho công năng của tuyến sinh dục khác thường, có thể gây vô sinh, sảy thai và thai chết trong tử cung.

- *Niken, cadimi và bạc* nếu quá lượng cũng có thể gây tổn hại đến công năng sinh dục của nam giới.

- Ngoài ra, những nguyên tố vi lượng khác như *mangan, coban, molip đen, iốt, sắt và magiê* cũng có quan hệ tới công năng sinh dục của nam giới.

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NAM GIỚI

NGUYÊN NHÂN

Thiểu năng tinh trùng chiếm đa số các nguyên nhân gây vô sinh do nam giới. Cho đến nay, việc chẩn đoán vô sinh nam giới nói chung vẫn chỉ dựa vào kết quả của tinh dịch đồ là chính.

Theo một nghiên cứu phân tích tổng hợp dựa trên 61 báo cáo từ khắp thế giới, cho thấy số lượng tinh trùng của nam giới trên toàn cầu đã giảm còn khoảng một nửa so với 50 năm trước đây. Vấn đề suy giảm khả năng sinh sản của nam giới và tần xuất vô sinh do nam giới đã và đang trở thành mối quan tâm lớn của ngành y tế nói riêng và cả xã hội nói chung.

ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị vô sinh do nam giới qua các thời đại thật phong phú và đa dạng, từ điều trị bằng thuốc, điều trị phẫu thuật đến các biện pháp hỗ trợ sinh sản.

Từ hàng ngàn năm trước, con người đã nghiên cứu và sử dụng nhiều loại thuốc làm tăng cương dương, bổ sung chất nội tiết sinh dục hoặc những thuốc chống thiểu năng tinh trùng, nhưng kết quả còn rất hạn chế. Ngay như hiện nay, việc sử dụng thuốc vẫn chưa mang lại kết quả như mong muốn.

Còn các điều trị phẫu thuật có kết quả nhất định trong một số trường hợp như: lỗ niệu đạo lạc chỗ, hẹp bao quy đầu, giãn tĩnh mạch thừng tinh..., nhưng đáng tiếc là các nguyên nhân này không phải là nhiều.

Ngày nay, những kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã mở ra nhiều hứa hẹn cho những cặp vợ chồng vô sinh do thiếu năng tinh trùng, nguyên nhân rất thường gặp tại các bệnh viện phụ sản trên khắp thế giới - mà trước đây hy vọng có con của họ gần như tuyệt vọng.

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung

Số lượng tinh trùng di động tối thiểu để phương pháp này có thể thành công được ghi nhận là từ 1 triệu trở lên. Vì vậy, hiệu quả của phương pháp này chưa cao hoặc không có hiệu quả nếu người chồng bị thiếu năng tinh trùng mức độ vừa đến nặng. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung chính là kỹ thuật được chỉ định trong trường hợp thụ tinh nhân tạo (người chồng hoàn toàn không có tinh trùng).

Thụ tinh trong ống nghiệm

Bình thường cần phải có từ 50.000-100.000 tinh trùng di động sau khi lọc rửa, để có thể thực hiện hoàn tất việc thụ tinh với một noãn trong môi trường nhân tạo. Như vậy, số lượng tinh trùng di động trong mẫu tinh dịch ban đầu phải đạt tối thiểu 5 triệu. Do đó, phương pháp này chỉ được áp dụng cho những trường hợp thiếu năng tinh trùng vừa hoặc nặng đã thất bại với nhiều lần tiến hành bơm tinh trùng vào tử cung.

Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn

Được xem là phương pháp điều trị vô sinh do nam giới hiệu quả nhất hiện nay. Kỹ thuật này được thực hiện thành công lần đầu tiên trên thế giới vào năm 1992 và ở Việt Nam vào năm 1998. Kỹ thuật có thể áp dụng cho tất cả các trường hợp vô sinh nam, kể cả kết hợp với phương pháp lấy tinh trùng

từ tinh dịch, lấy tinh trùng từ hút mào tinh hoàn hay chọc hút tinh trùng từ mào tinh hoàn.

Vô sinh do không có tinh trùng là trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch (điều này không có nghĩa là người chồng hoàn toàn không có tinh trùng) và thường được chia làm 2 loại: do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Trong cả hai trường hợp này, các bác sĩ đều có thể tiến hành lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn rồi thực hiện phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Một số kỹ thuật hiện đại đã được thực hiện như: Lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn bằng chọc hút, lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn bằng xuyên kim qua da, lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn bằng vi phẫu thuật hoặc lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn bằng phẫu thuật xẻ tinh hoàn.

Hiện nay, hầu hết các kỹ thuật điều trị vô sinh nam được thực hiện trên thế giới cũng đều đã áp dụng thành công ở Việt Nam. Phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn, sử dụng tinh trùng lấy từ mào tinh hoàn bằng phẫu thuật để điều trị cho các trường hợp vô sinh nam không có tinh trùng cho kết quả tương đương với lượng tinh trùng có trong tinh dịch.

Kỹ thuật này được coi là một phương pháp điều trị đầy hứa hẹn cho những bệnh nhân vô sinh nam - vì nó có thể áp dụng cho hầu hết các nguyên nhân vô sinh do nam giới, và có thể áp dụng khi các phương pháp điều trị khác thất bại.

Lấy và phân lập tinh trùng trong trường hợp không có tinh trùng

Vô sinh do không có tinh trùng là trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch (điều này không có nghĩa là người chồng hoàn toàn không có tinh trùng). Nguyên nhân

được chia 2 nhóm: do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Trong cả hai trường hợp này, các bác sĩ đều có thể tiến hành lấy tinh trùng từ mào tinh rồi tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Một số kỹ thuật hiện đại lấy tinh trùng từ mào tinh hoàn đã được thực hiện như: chọc hút, xuyên kim qua da, vi phẫu hoặc xẻ tinh hoàn. Hiện nay, hầu hết các kỹ thuật điều trị vô sinh nam được thực hiện trên thế giới cũng đều đã áp dụng thành công ở Việt Nam (như ở các bệnh viện Từ Dũ, Bình Dân, Bảo vệ sức khỏe Bà mẹ & Trẻ em). Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn, sử dụng tinh trùng lấy từ mào tinh hoàn bằng phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị đầy hứa hẹn vì có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp, kể cả khi không đáp ứng với phương pháp khác.

VÔ SINH NAM – NIỀM HY VỌNG

Từ trước đến nay các trường hợp vô sinh đều có xu hướng quy tụ về phía phụ nữ, cả về phương diện xã hội cũng như y học. Trong nhiều năm gần đây, các cặp vợ chồng hiếm muộn đã có ý thức tìm hiểu kỹ càng hơn xem "trách nhiệm" thuộc về ai, và trên cơ sở nguyên nhân đích thực mà lựa cách sinh con với sự trợ giúp của y học.

Theo các thống kê đáng tin cậy thì ngay ở các nước phát triển, tỷ lệ vô sinh có nguyên nhân về phía người chồng (vô sinh nam) so với vô sinh nữ chiếm một tỷ lệ khá cao, tức là 2/3. Y học hiện đại đã phát hiện được nhiều nguyên nhân của vô sinh nam và đã có nhiều thành công để giải quyết vấn đề

này. đem lại niềm tin và hy vọng cho các đức ông chồng cũng như cho cả gia đình.

Về nguyên nhân

Hiện tại người ta đã phát hiện ra 4 nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh nam:

Thứ nhất là do thiếu hụt cả về chất lượng và số lượng tinh trùng. Nguyên nhân này khá phổ biến. Nó có liên quan đến những căn bệnh di truyền và mắc phải của nam giới. Chẳng hạn như các trục trặc hay khiếm khuyết về cơ cấu di truyền có liên quan đến giới tính và bộ máy sinh dục nam. Một căn bệnh mắc phải từ thời thơ ấu là căn bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai (bệnh quai bị) do virus cũng để lại di chứng gây kém về chất lượng và suy giảm về số lượng các tế bào tinh trùng. Nếu tiến hành xét nghiệm trong một khối tinh dịch thấy số lượng tinh trùng chỉ đạt dưới 300.000 con thì được xếp vào nguyên nhân này.

Nguyên nhân thứ hai là tình trạng không có tinh trùng (azoospermatozoi-des) và cả các tế bào tiền thân của nó (spermatides) trong tinh dịch - được gọi là vô tế bào sinh sản nam do không bài xuất được. Nguyên nhân này chiếm tới khoảng 10% các trường hợp vô sinh nam nói chung.

Nguyên nhân thứ ba phải kể đến, đó là tình trạng không đi xuống được của tinh hoàn (trong thời kỳ bào thai 2 tinh hoàn nằm trong ổ bụng) hay bị xoắn thừng tinh hoàn và kể cả nguyên nhân bị mắc bệnh quai bị sau khi đã qua tuổi dậy thì. Căn bệnh này để lại hậu quả là làm cho các tinh hoàn mất khả năng sản xuất ra tinh trùng.

Nguyên nhân cuối cùng là do căn bệnh tự miễn dịch. Vì một sự trục trặc nào đó trong hệ thống nhận biết các tế bào của hệ thống miễn dịch của cơ thể mà một số tế bào làm nhiệm vụ cảnh giới (lympho T) cho rằng các tinh trùng là các tế bào lạ và do đó huy động cơ thể sản sinh ra các kháng thể chống lại. Từ đó mà hiện tượng vô sinh nam xuất hiện. Tuy nhiên, nguyên nhân này chiếm một tỷ lệ rất ít.

Chất lượng và số lượng tinh trùng còn có liên quan mật thiết đến thể tích của tinh hoàn. Một công trình nghiên cứu gần đây trên 100 đàn ông Việt Nam thuộc diện hiếm muộn đã nhận thấy rằng những người có thể tích tinh hoàn dưới 20 phân khối hoặc lớn hơn 30 phân khối đều có mật độ tinh trùng kém. Như vậy "to" không hẳn là tốt! Tỷ lệ tinh trùng sống được coi là đạt yêu cầu (trên 30%) đều ở những người có thể tích tinh hoàn ở mức 20-30 phân khối. Lượng chất kẽm có trong tinh dịch thấp cũng ảnh hưởng đến sự phân ly tinh trùng từ tinh dịch. Sự thiếu hụt chất khoáng này làm chậm đi tốc độ giải phóng tinh trùng cũng như làm ảnh hưởng đến quá trình thụ tinh.

Biện pháp khắc phục

Về nguyên tắc thì biện pháp khắc phục phải tùy thuộc vào nguyên nhân, thế nhưng việc giải quyết tận gốc các nguyên nhân nói trên không phải là vấn đề đơn giản, nhiều khi bất khả thi. Vì thế, phương cách tốt nhất là thực hiện việc thụ tinh nhân tạo hay thụ tinh trong ống nghiệm để vẫn đảm bảo có con, đem lại nguồn vui và niềm hạnh phúc to lớn cho gia đình. Tất nhiên là tùy mức độ của vô sinh nam mà các thầy thuốc sẽ quyết định phương pháp tối ưu nhất.

Trong trường hợp thiếu hụt về số lượng tinh trùng thì xác suất thụ tinh theo tự nhiên là rất thấp. Vì thế cần phải có sự trợ giúp của kỹ thuật y khoa. Các bác sĩ sẽ thu lượm tinh dịch của người chồng và lựa chọn một trong số nhiều tế bào trứng của vợ, tìm "quả" nào có chất lượng tốt nhất để thụ tinh trong ống nghiệm. Trong số hàng nghìn các con tinh trùng thu thập được từ tinh dịch, họ sẽ quan sát dưới kính hiển vi để tách biệt ra một con khỏe nhất, tức là con có khả năng di chuyển nhanh. Chỉ những phòng thí nghiệm hiện đại mới có khả năng làm các thao tác này.

Cũng dưới kính hiển vi họ tìm cách bơm vào trong tế bào trứng đã lựa chọn duy nhất chỉ một con tinh trùng khỏe mạnh mà thôi. Tiếp tục theo dõi 24 giờ tiếp sau trong các điều kiện thích hợp để quan sát khả năng tiếp hợp giữa trứng và tinh trùng. Một khi đã xác định chắc chắn là đã xảy ra sự thụ thai, họ mới đem trứng này cấy vào tử cung của người vợ vào thời điểm sẵn sàng cho trứng "làm tổ". Thông thường thì từ lúc này trở đi, người vợ sẽ mang thai và sẽ có những biểu hiện của một thai phụ. Trong thời gian khoảng 40 tuần lễ, thai phụ được theo dõi sát sao và sẽ được cho đẻ theo phương pháp mổ lấy thai.

Như vậy, về mặt nguyên tắc thì việc thụ tinh nhân tạo này cũng là phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm đã từng được làm cho các chị em vô sinh. Chỉ có điều là biện pháp tiêm một tinh trùng duy nhất đã lựa chọn vào trứng là kỹ thuật rất khó, chỉ những nước có nền y học tiên tiến mới thực hiện được. Lấy một ví dụ như ở Pháp, tính đến năm 1995 đã có

6.898 trường hợp được thực hiện theo kỹ thuật này, tỷ lệ thành công là 24%, tương đương với các trường hợp thụ thai truyền thống. Đối với những vô sinh nam thuộc loại vắng bóng tinh trùng trong tinh dịch, các bác sĩ cũng có thể đem lại cho họ những đứa con.

Kỹ thuật hiện đại nhất do các thầy thuốc ở Thổ Nhĩ Kỳ đã thực hiện được trong thời gian gần đây. Họ dùng phương pháp gây mê để mổ phần tinh hoàn của nam giới rồi hút lấy chất dịch của phần mào tinh hoàn để tìm các tế bào tiền thân của tinh trùng rồi từ những tế bào này sẽ tìm cách "bồi dưỡng" cho chúng trưởng thành để rồi sẽ cho thụ tinh với tế bào trứng bằng cách tiêm nói trên. Kết quả thật khả quan, cho đến nay đã có dưới một chục em bé được sinh ra theo phương pháp này.

Chỉ trong trường hợp vô sinh nam tuyệt đối, có nghĩa là vắng bóng hoàn toàn cả tinh trùng lẫn tế bào tiền tinh trùng thì mới phải thực hiện theo phương pháp đi xin tinh trùng của người cho. Chỉ có điều là phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về vấn đề đạo đức học. Đó là số lượng người cho tinh trùng phải đủ lớn và phải được giấu tên. Việc lấy tinh trùng của ai trong số người cho để đem thụ tinh với trứng của người vợ được thực hiện theo cách ngẫu nhiên.

Hiện nay phương pháp hòa trộn tinh trùng của nhiều người cho không được tiến hành vì lý do có nhiều sự cố về mặt di truyền. Nước Mỹ đã từng xảy ra một vụ kỳ án về trường hợp một bác sĩ sản phụ khoa đã nhiều lần bí mật lấy tinh trùng của bản thân để cho thụ tinh với trứng của nhiều phụ nữ có chồng vô sinh. Và nhờ thế ông đã "sản xuất" ra khá

nhiều hậu duệ của mình. Những đứa con bất hợp pháp của ông đã "vung vãi" khắp nơi trên đất Mỹ sẽ là một nguy cơ về sự loạn luân nếu như chúng không may kết hôn với nhau.

Vô sinh nam trong thời đại hiện nay đang có xu hướng gia tăng. Nhiều nước công nghiệp phát triển đã có báo động về tình trạng này. Người ta đã có nhiều công trình nghiên cứu về xu hướng gia tăng vô sinh nam và đã rút ra được nhiều yếu tố có liên quan như vấn đề ô nhiễm môi trường, do thùng tăng ôzôn, do chế độ ăn uống, do thuốc lá và các bệnh mắc phải do virus. Dù sao thì gần một nửa của nhân loại cũng phải được bảo vệ trước các nguy cơ này.

SÁU BIỆN PHÁP TĂNG CƯỜNG KHẢ NĂNG SINH CON CHO ĐÀN ÔNG

Theo nghiên cứu của các nhà khoa học thì trên thế giới có ít nhất khoảng 40% đàn ông mắc chứng vô sinh hoặc khó sinh con. Trong kỷ nguyên của nền y học hiện đại thì các loại thuốc tân dược cũng góp một phần đáng kể vào công việc này, nhưng phương pháp tối ưu theo các nhà khoa học thì vẫn là phương pháp phòng ngừa và tăng cường khả năng sinh con theo cách tự nhiên, chứ không phải mắc rồi mới chữa trị. Dưới đây là các biện pháp đó:

1. Tăng lượng tinh trùng

Theo nghiên cứu khoa học thì lượng tinh trùng đàn ông là từ 120-350 triệu/cm³. Lượng tinh trùng thấp là dưới 40

triệu/cm³ Có nhiều nguyên nhân dẫn đến giảm lượng tinh trùng ở đàn ông như tiếp xúc với hoá chất, bị ảnh hưởng phóng xạ, nhiễm kim loại nặng, hút thuốc lá, sử dụng quá nhiều rượu, dùng ma túy và sống trong môi trường ô nhiễm. Sức nóng cũng làm giảm lượng tinh trùng ở đàn ông, ví dụ như tắm nước nóng quá lâu, mặc quần trong quá chật cũng làm giảm sản xuất tinh trùng.

2. Giảm tác động của hóa chất

Theo thống kê của các nhà khoa học thì tinh trùng của đàn ông ngày nay ít hơn về số lượng và kém hơn về chất lượng so với của đàn ông 50 năm trước. Nguyên nhân chính dẫn đến thực trạng này là tác động của một số hoá chất đối với cuộc sống con người như xenoestrogens (PCBs, DDT, dioxin, nhựa và các chất ô nhiễm công nghiệp và các loại thuốc trừ sâu khác). Bạn có thể tránh tác hại của hóa chất bằng các biện pháp sau:

- Nên tránh các loại thức ăn có bao bì làm bằng nhựa, dụng cụ, đồ dùng bằng nhựa.
- Sử dụng các sản phẩm giấy được làm trắng tự nhiên không dùng chlorine.
- Tránh sử dụng nước được khử trùng bằng chlorine.
- Sử dụng rau và thực phẩm sạch để tránh các loại thuốc trừ sâu và thuốc diệt cỏ.
- Tránh sử dụng các sản phẩm động vật có chứa hóc-môn.
- Không uống rượu và dùng các chất cafein.
- Không ăn đồ rán hoặc nướng.

- Nên ăn các loại thức ăn có nhiều chất chống ô xy hóa (carotenes, Vitamin A, C, E và selenium) như rau xanh, cam , chanh, súp lơ, cà rốt...

3. Tăng hàm lượng dinh dưỡng trong bữa ăn

Ăn nhiều rau, hoa quả và lúa mạch sẽ tăng khả năng sinh con ở đàn ông. Tránh sử dụng thuốc lá và các loại thức ăn đã qua chế biến có sử dụng các hóa chất phụ gia.

Cần kiểm soát được trọng lượng cơ thể. Căn bệnh béo phì sẽ giảm lượng tinh trùng ở đàn ông và dẫn tới vô sinh.

4. Rèn luyện thân thể thường xuyên

Luyện tập 5 lần/1 tuần, mỗi lần khoảng 45 phút, tránh căng thẳng và âu lo, và có chế độ ăn cân bằng dinh dưỡng sẽ tăng cường khả năng sinh con ở đàn ông. Luyện tập thể thao quá sức cũng là nguyên nhân dẫn đến vô sinh ở đàn ông do lượng tinh trùng thấp.

5. Nên bổ sung hàm lượng dinh dưỡng

Đối với đàn ông thì nguồn dinh dưỡng bổ sung tốt nhất để tăng khả năng sinh con là vitamin C (dùng từ 2.000 - 6.000 mg/ngày) có tác dụng ngăn ngừa nguy cơ đóng khối và kết dính của tinh trùng - một trong những nguyên nhân gây vô sinh. Kẽm (dùng từ 100 - 200 mg/ngày) có tác dụng tăng lượng testosterone, lượng tinh trùng và tăng khả năng di chuyển của tinh trùng. Nguồn thức ăn có hàm lượng kẽm cao là: sò, thịt bò nạc, thịt cừu, các loại hạt, lúa mạch, cá trích. Ngoài ra cũng cần bổ sung các loại dinh dưỡng khác để tăng lượng tinh trùng như các acid béo (9-12g/ngày), chromium (1.000mcg/ngày); selenium (200mcg/ngày); đồng (2mg/ngày);

vitamin E (800 IU/ngày); coenzyme Q10 (400mg/ngày); vitamin B-complex (50mg/ngày); và đặc biệt là vitamin B12 (1.000 mcg/ngày).

6. Nên uống các loại chè thảo dược

Các loại thảo dược dưới đây rất có tác dụng tăng cường khả năng sinh con của đàn ông:

- Sâm Triều Tiên (500mg/ngày).
- Chiết xuất từ cây ginko biloba (một dạng sâm - 250mg/ngày).
- Hạt nhục đậu khấu (500mg/ngày).
- Dâm dương hoắc (500mg/ngày).
- Muira puam (500mg/ngày).
- Rhodiola Rosea (500mg/ngày).
- Tribulus Terrestris (500 mg/ngày).
- Saw palmetto berry (một dạng thảo dược - 80 mg/ngày).

ĐÓNG BÌM CHO BÉ TRAI DỄ GÂY VÔ SINH?

"Tôi có con trai dưới 1 tuổi. Mùa đông, tôi đóng bím cho cháu vào ban đêm cho đỡ rét khi cháu đi ngủ. Có người nói việc đóng bím có thể khiến bé trai bị vô sinh nên rất lo. Xin cho biết sự thật về việc này".

Trước hết, cần nói ngay rằng, chưa thấy tài liệu y học có uy tín nào cảnh báo rằng bím có nguy cơ gây vô sinh cho trẻ sau này. Hơn nữa, nếu xem xét sự phát triển của tinh hoàn

từ nhỏ cho đến tuổi dậy thì, ta sẽ nhận thấy thông tin nói trên không có cơ sở khoa học.

Tuổi dậy thì của con trai thường bắt đầu từ 9 đến 13 tuổi; do ảnh hưởng của 2 hoóc môn tuyến yên trong não kích thích nên các tế bào kẽ của tinh hoàn (gọi là tế bào Leydigs) mới phát triển để bài tiết ra testosterone và chính hoóc môn này đi vào máu, làm phát triển các đặc tính thứ phát của nam giới: cơ bắp, cơ quan sinh dục to ra, mọc lông, râu, vỡ giọng, bắt đầu có ham muốn tình dục... Testosterone cũng làm cho các ống sinh tinh sản xuất ra tinh trùng trưởng thành.

Trước tuổi dậy thì, các tinh trùng còn ở dạng non vì chưa được kích thích phát triển bởi hoóc môn testosterone. Sự sản sinh ra tinh trùng thường bắt đầu từ tuổi 12, nhưng tinh trùng trưởng thành thì đến khi 13-14 tuổi mới có. Do đó, bạn không phải lo trẻ đóng bím sẽ bị vô sinh vì thời gian đóng bím chỉ khoảng 2 năm; lúc này, các tế bào của ống sinh tinh chưa bắt đầu sản xuất ra tinh trùng, kể cả tinh trùng non.

Tuy nhiên, khi con trai đã đến tuổi vị thành niên (10-19 tuổi) thì có một vài điều liên quan đến sức khỏe sinh sản cần được các bà mẹ lưu ý: Tinh trùng không thể sinh ra khi nhiệt độ ở bìu cao hơn nhiệt độ cơ thể. Nhiệt độ ở đây bao giờ cũng phải thấp hơn thân nhiệt khoảng 3,1 độ C. Vì vậy, về mùa hè, vị thành niên nên mặc đồ lót thoáng. Trẻ vị thành niên mắc quai bị có thể bị sưng nề các ống sinh tinh và mất khả năng sản sinh tinh trùng, có thể vô sinh.

PHẦN III
PHỤ NỮ VÀ VẤN ĐỀ VÔ SINH

VÔ SINH Ở NỮ GIỚI

Từ xưa tới nay, người ta vẫn nghĩ rằng vô sinh chủ yếu là do bất thường của người phụ nữ. Nhưng các công trình khoa học nghiêm túc đã kết luận: Tỷ lệ vô sinh ở nữ gần tương đương với tỷ lệ này ở nam, nhiều trường hợp vô sinh là do cả hai bên và một số ít ca không rõ nguyên nhân.

Trong quá trình hình thành thai, đầu tiên tinh trùng phải qua được âm đạo, đi đến gặp trứng và chui vào trong đó. Trứng được thụ tinh sẽ phát triển, "đậu" lại ở tử cung và tạo thành phôi rồi thai nhi. Nếu một hoặc nhiều quá trình nói trên gặp trục trặc thì người phụ nữ sẽ bị vô sinh.

Nguyên nhân

Một số nguyên nhân thường gặp:

- Viêm nhiễm kéo dài ở bộ phận sinh dục dưới (âm đạo, cổ tử cung), cản trở tinh trùng tiến lên trên để gặp trứng.
- Trong chất nhầy ở cổ tử cung có kháng thể kháng tinh trùng, khiến các "chàng" tuyệt đường!
- Buồng trứng hoạt động bất thường, không phóng noãn (trứng không rụng).
- Tắc vòi trứng nên tinh trùng không gặp được trứng. Khi đó có thể điều trị bằng cách bơm hơi vòi trứng. Nếu vòi thông trở lại thì người phụ nữ sẽ có khả năng mang thai.
- Trứng thụ tinh rồi, nhưng không làm tổ được ở tử cung do u xơ tử cung hoặc bất thường của niêm mạc tử cung (ví dụ do nạo hút thai nhiều lần).
- Rối loạn nội tiết.

- Bệnh nội tiết (u sinh prolactin của tuyến yên) gây vô kinh.

Chẩn đoán và phòng bệnh

- Định lượng một số hoóc môn như FSH, LH, oestradiol, progesteron, prolactin, testosteron.

- Siêu âm, chụp tử cung vòi trứng vào nửa đầu của vòng kinh.

Một số điều cần chú ý:

- Khi đi khám bệnh, nên khám ngay sau khi sạch kinh, để có đủ thời gian làm hết các xét nghiệm thăm dò.

- Chú trọng đến việc làm vệ sinh, nhất là trong thời gian có kinh nguyệt.

- Phòng và chữa ngay các bệnh viêm đường sinh dục dưới (âm hộ, âm đạo).

- Phòng các bệnh lây qua đường tình dục.

- Không nạo hút thai nhiều lần.

KINH NGUYỆT THỪA

"Tôi 32 tuổi, chưa có gia đình. Tôi hành kinh lần đầu lúc 20 tuổi, mỗi năm chỉ có kinh 2-3 lần, máu kinh không có gì đặc biệt, siêu âm tử cung thấy bình thường. Tôi đang dùng thuốc tránh thai để điều hòa nội tiết. Vậy tôi có thể sinh con không?".

Chị bắt đầu hành kinh muộn, kinh nguyệt lại rất thưa. Nguyên nhân thường gặp nhất là buồng trứng đa nang. Đó là trường hợp buồng trứng có rất nhiều nang cùng phát triển,

nhưng chẳng có nang nào chín và thường là không phóng noãn (không có trứng rụng). Nếu cứ để tự nhiên như vậy, bệnh nhân sẽ vô sinh. Bệnh buồng trứng đa nang không khó điều trị. Sau khi khỏi bệnh, người phụ nữ vẫn có thể mang thai được.

Muốn biết có phải là bị buồng trứng đa nang hay không, chị phải làm siêu âm để xem có nhiều nang noãn đang phát triển không. Siêu âm đường bụng thường không hoàn toàn chính xác; siêu âm đường âm đạo đạt độ chính xác cao hơn. Tuy nhiên, đối với những phụ nữ chưa lập gia đình, người ta không chỉ định làm siêu âm đường âm đạo.

VIÊM CỔ TỬ CUNG

"Tôi đi khám định kỳ thì được biết bị viêm cổ tử cung nhẹ, bác sĩ bảo phải đặt thuốc cách ngày đến khi có con thì mới trị dứt điểm được. Sau 4 lần đặt thuốc, tôi đi khám lại ở nơi khác thì kết quả là không có bệnh. Tại sao lại như vậy? Tôi cần phải làm gì? Bệnh viêm cổ tử cung có nguy hiểm không?".

Viêm cổ tử cung có hai loại: cấp tính và mạn tính. Viêm cấp tính cổ tử cung thường gây ra do vi trùng lậu hoặc các loại vi trùng không đặc hiệu như staphylococcus, hemophilus vagmalis, streptococcus. Nếu không điều trị đến nơi đến chốn, bệnh có thể lan lên tử cung và phần phụ, tạo thành bệnh viêm vùng chậu cấp. Triệu chứng thường gặp là bệnh nhân có khí hư nhiều, màu vàng sệt như mù, đau trần bụng dưới, cổ tử cung viêm đỏ và đau khi chuyển động.

Viêm mạn tính cổ tử cung có triệu chứng khí hư vàng đặc, cảm giác trần nặng bụng dưới, cổ tử cung viêm, sần sùi, dễ chảy máu khi chạm vào... Đây là hậu quả của viêm cấp tính không được điều trị khỏi hẳn. Viêm mạn tính cổ tử cung có thể là nguyên nhân gây vô sinh hoặc thai ngoài tử cung. Nếu điều trị nhiều đợt kháng sinh không khỏi thì phải đốt cổ tử cung, khoét chóp hoặc cắt cụt cổ tử cung. Cần lưu ý là việc đặt thuốc cũng có giới hạn về thời gian, không thể tiếp tục đặt thuốc mãi. Nếu đang trong đợt viêm cổ tử cung thì không được giao hợp vì có thể lây cho bạn tình hoặc làm cho bệnh nặng thêm.

Trong lần khám đầu, chị được chẩn đoán là viêm cổ tử cung nhẹ. Nhờ đặt thuốc mà triệu chứng viêm không còn, vì thế ở lần khám sau, bác sĩ nói là không bị sao. Như vậy, chẩn đoán của bác sĩ ở hai nơi không hề mâu thuẫn. Nếu bệnh đã khỏi thì không cần điều trị tiếp tục nữa.

VIÊM KHUNG CHẬU CÓ THỂ DẪN ĐẾN VÔ SINH

Bệnh viêm khung chậu có thể gây ra các triệu chứng từ nhẹ đến nặng hoặc không có biểu hiện gì khác thường. Các triệu chứng thường gặp nhất của bệnh viêm khung chậu bao gồm: khí hư có mùi khó chịu kèm theo đau mỗi khi đi tiểu; đau nhức ở bụng dưới; buồn nôn và nôn; kinh nguyệt không đều; đau khi giao hợp; mỏi mệt; tiêu chảy.

Bệnh viêm khung chậu có thể là hậu quả của một bệnh lây truyền qua đường tình dục nào đó không được phát hiện và điều trị kịp thời. 90-95% số ca là do vi khuẩn từ âm đạo xâm

nhập tử cung rồi vào đường sinh dục trên. Bệnh cũng có thể xảy ra sau đẻ hoặc sau khi sảy thai hay đặt dụng cụ tử cung không bảo đảm vô khuẩn. Bệnh thường phát sau khi nhiễm một bệnh lây truyền qua đường tình dục nào đó nhiều ngày, nhiều tuần lễ hoặc muộn hơn; và thường xuất hiện trong hoặc sau khi hành kinh.

Để xác định bệnh, bác sĩ cần cho lấy bệnh phẩm tìm vi khuẩn lậu cầu, chlamydia, cho làm các xét nghiệm máu và các thủ thuật khác xem ống dẫn trứng có bị viêm không hoặc có một ổ áp-xe nào không. Những trường hợp có sốt cao, nôn nhiều, cần cho nằm viện để theo dõi.

Bệnh có thể chữa khỏi bằng thuốc kháng sinh, đồng thời với dùng thuốc giảm đau. Người bệnh thường được điều trị ngoại trú có sự theo dõi của bác sĩ điều trị. Tuy vậy, trong thực tế việc điều trị bệnh viêm khung chậu thường gặp khó khăn vì phần lớn các trường hợp không được phát hiện sớm và vì ban đầu các triệu chứng của bệnh có thể gây nhầm lẫn với một vài bệnh khác (như viêm ruột thừa chẳng hạn).

Để chủ động phòng ngừa bệnh viêm khung chậu, cách tốt nhất là sống chung thủy một vợ một chồng, không quan hệ tình dục với những người có hơn một bạn tình. Việc sử dụng đúng và thích hợp các phương tiện tránh thai như bao cao su, màng ngăn, mũ cổ tử cung giúp làm giảm nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nếu lại sử dụng thêm chất diệt tinh trùng monoxyl-9 còn có thể diệt được một số vi khuẩn, virus. Với viên thuốc tránh thai, tuy không ngăn ngừa được lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục nhưng có thể giúp tránh được bệnh viêm khung chậu do tạo được một lớp nhầy

đủ dày để che cổ tử cung làm cho vi khuẩn khó xâm nhập đường sinh dục trên. Cũng cần tránh thụt rửa âm đạo thường xuyên vì thụt rửa âm đạo có thể làm gia tăng nguy cơ tiếp xúc với mầm bệnh gây bệnh lây truyền qua đường tình dục và có thể đẩy vi khuẩn gây bệnh vào sâu đường sinh dục trên. Khi có bất kỳ triệu chứng nào liên quan đến bệnh viêm khung chậu, bạn hãy gặp bác sĩ ngay. Đặc biệt nên cảnh giác với các triệu chứng nếu bạn vừa bị bệnh viêm khung chậu trước đó vì rất có thể đây là dấu hiệu của một nhiễm khuẩn tái phát. Bạn nên trả lời đúng các câu hỏi của bác sĩ về tiền sử bệnh, biện pháp kiểm soát sinh dục, thói quen quan hệ tình dục và bạn tình... bởi những thông tin này có liên quan đến việc lựa chọn các biện pháp điều trị và phòng ngừa tái nhiễm bệnh cho bản thân và cho cả những bạn tình.

Viêm tiểu khung ở phụ nữ có thể gây vô sinh

Hầu hết các trường hợp viêm tiểu khung là do lậu cầu khuẩn, vi khuẩn chlamydia và vi khuẩn kỵ khí gây ra. Cũng như các loại bệnh khác, càng phơi nhiễm thì càng dễ mắc bệnh. phụ nữ có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình nam thì khả năng bị viêm tiểu khung có thể tăng lên đến 500%, nếu đặt dụng cụ tử cung thì nguy cơ bị viêm tiểu khung cũng tăng lên nhiều lần, vì sợi dây gắn với dụng cụ tử cung nằm lơ lửng trong âm đạo là đường để vi khuẩn xâm nhập lên trên. Có đến 70% phụ nữ bị viêm tiểu khung do lậu ngay trong tuần lễ đầu tiên sau hành kinh vì quan hệ tình dục làm cho vi khuẩn lậu bám đuôi tinh trùng, dễ dàng lan lên trên gây nhiễm khuẩn cho tử cung, vòi trứng và buồng trứng.

Viêm tiêu khung ngay cả khi đã được điều trị cũng có thể để lại biến chứng vô sinh vĩnh viễn cho khoảng 12% phụ nữ; nếu bị tái nhiễm lần thứ hai thì có đến một phần tư mất khả năng sinh con dù có được chữa trị. Tái nhiễm viêm tiêu khung đến lần thứ ba thì có đến quá nửa bệnh nhân không bao giờ có thể có thai. Và dù có thai thì nguy cơ bị chửa ngoài tử cung cũng rất cao, vì vòi trứng có sẹo làm cho trứng đã thụ tinh khó di chuyển vào tử cung để làm tổ.

Dấu hiệu của viêm tiêu khung là đau ở vùng bụng dưới, ra khí hư như mủ và sốt (có khi chỉ gai rét). Chỉ như thế thôi cũng đã cần đi gặp thầy thuốc, nhất là trong tuần lễ đầu tiên sau khi sạch kinh. Thầy thuốc khám sẽ phát hiện thấy đau khi di động tử cung, có khối nề cạnh tử cung, ấn đau. Điều trị cần dùng kháng sinh theo hướng dẫn của thầy thuốc (hiện nay có nhiều loại: ceftriaxon 250mg, spectinomycin 2g, cefotaxim 1g để trị lậu; doxycyclin, tetracyclin, azithromycin để chữa chlamydia; metronidazole để trị vi khuẩn kỵ khí). Nếu không đỡ thì có thể phải can thiệp bằng phẫu thuật.

ẢNH HƯỞNG CỦA VIỆC NẠO PHÁ THAI NHIỀU LẦN

"Tôi kết hôn được 5 tháng, trước khi kết hôn có nạo phá thai 3 lần. Xin bác sĩ cho biết phá thai nhiều lần như vậy có ảnh hưởng đến việc sinh con sau này không? Đến nay tôi vẫn chưa có thai, vậy có cần phải làm thêm xét nghiệm nào không?"

Tình trạng nạo phá thai ở nước ta đang đến mức báo động. Đây không phải là một phương pháp ngừa thai, ngược lại nó có thể gây những biến chứng nghiêm trọng trong lúc thực hiện thủ thuật, cũng như ảnh hưởng lâu dài về sau.

Nhiễm trùng là một trong những biến chứng thường xảy ra, như viêm âm hộ, âm đạo, viêm cổ tử cung, viêm nội mạc tử cung, viêm phần phụ, viêm vùng chậu. Hậu quả của những tình trạng viêm nhiễm này là bị huyết trắng kéo dài và tái phát, đau vùng bụng dưới mãn tính. Nguy hiểm nhất là có thể dẫn đến vô sinh do tắc hai ống dẫn trứng.

Bạn mới lập gia đình 5 tháng nên chưa có thai không đồng nghĩa với vô sinh. Hiện tại, có thể chờ thêm một thời gian nữa mà chưa cần làm xét nghiệm. Nhưng với tiền căn của bạn, không nên chờ quá lâu, nếu trong 5 tháng nữa (sinh hoạt vợ chồng đều đặn và không áp dụng phương pháp ngừa thai nào) mà vẫn không có thai thì bạn nên đến khám ở chuyên khoa vô sinh.

ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG SAU NẠO PHÁ THAI

"Cháu phải nạo phá thai khi có mang lần đầu. Sau đó, bác sĩ cho uống tetracycline, nystatine và nói rằng cháu đã bị nhiễm khuẩn đường sinh sản. Đang dùng thuốc (sau nạo 2 tuần) thì cháu có kinh trở lại và ra máu kéo dài. Đây có phải là biến chứng do nạo phá thai không? Sau nạo có nên lao động sớm không?"

Những người có mang lần đầu rất không nên nạo thai vì phương pháp này có thể gây biến chứng, chẳng hạn như viêm nhiễm vòi trứng và dẫn đến vô sinh sau này (hiếm gặp). Người phụ nữ đã bị nhiễm khuẩn đường sinh sản thì sau khi nạo càng dễ bị nhiễm khuẩn lan rộng, gây viêm vòi trứng, viêm tiểu khung. Trong các trường hợp này, bác sĩ thường tư vấn và điều trị như sau:

1. Nghỉ ngơi 2-3 ngày, sau đó không làm việc nặng trong một tuần. Hằng ngày rửa vùng âm hộ bằng xà phòng và nước sạch 2-3 lần.

2. Dùng kháng sinh mạnh hơn so với người không có viêm nhiễm từ trước, nghĩa là kết hợp cả kháng sinh với thuốc đặt âm đạo. Một phác đồ thuốc có thể dùng ngay sau nạo là:

- Ampicilline 500 mg uống 4 lần/ngày trong 7 ngày (hoặc Clindamycine 300 mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày).

- Metronidazole 2 g uống liều duy nhất (hoặc Metronidazole 500 mg uống 4 lần/ngày trong 7 ngày).

- Clotrimazole 100 mg đặt âm đạo mỗi đêm trong 7 ngày (hoặc Sporol 100 mg uống 2 viên trong 3-5 ngày).

3. Ăn uống đầy đủ, chú trọng nhiều rau quả tươi (đủ thay thế cho vitamin).

4. Nếu ra máu kéo dài sau nạo kèm theo sốt hay không sốt, ra dịch âm đạo nhiều thì cần đi khám lại, đề phòng sốt rau gây nhiễm khuẩn.

Sau đợt điều trị, cần kiểm tra lại mức độ nhiễm khuẩn ở âm đạo (xét nghiệm độ sạch âm đạo) và các tổn thương khác (lộ tuyến, viêm phần phụ). Nếu chưa khỏi hẳn, bệnh nhân cần được bác sĩ theo dõi và điều trị tiếp.

XUẤT HUYẾT TRONG NANG CÓ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC VÔ SINH?

Em lấy chồng hơn một năm nay mà vẫn chưa có con, hiện tại em rất mong có con, em đã đi khám và siêu âm bác sỹ ghi là "tử cung nhỏ bình thường, có hình ảnh xuất huyết trong nang?" nhưng em không hiểu thế có nghĩa là thế nào, em muốn hỏi trong thời gian bao lâu thì bị coi là vô sinh, hay hiếm muộn bác sỹ làm ơn trả lời giúp em với?

Khả năng sinh đẻ tùy thuộc vào nhiều yếu tố nhưng yếu tố quyết định nhất là ngay khi một phụ nữ đang rụng trứng cũng chỉ thụ thai được trong 2-3 ngày mỗi tháng thôi. Tình trạng "vô sinh"= hiếm hoi hay hiếm muộn (khi các hàng rào ngăn cản tiến trình thụ thai có thể vượt qua được bằng cách này hay cách khác, về mặt y khoa hay tâm lý) thường phải do lỗi một bên – bên chồng hay bên vợ. Mới 1 năm thì chưa gọi là "vô sinh" được ! Phải 4-5 năm (nhưng bạn không cho tôi biết tuổi của 2 người...).

Tuổi của một phụ nữ là một yếu tố có ý nghĩa trong khả năng sinh đẻ. Khả năng sinh đẻ của một người phụ nữ đạt tới đỉnh cao vào khoảng tuổi 24, cũng y hệt như đối với đàn ông. Sau 30 tuổi có một sự suy thoái rõ rệt, và đối với phụ nữ, thụ thai sau 50 tuổi là điều hiếm có, dù không phải là không thể có được. Với tuổi tác, trứng càng ngày càng ít rụng hơn, và nửa sau của chu kỳ trở nên thất thường trong những năm trước tuổi mãn kinh. Vì thế, dù có được thụ tinh, môi trường tử cung có thể kém thuận lợi và cái trứng có ít cơ may tồn tại hơn.

Về phía ông xã, cần biết là mọi hình thức hoạt động giới tính suy thoái ở đàn ông ngay từ những năm đầu của độ tuổi 20 tuy nhiên sự suy thoái không sút mau như đối với đàn bà. Người ta đã ghi nhận khả năng truyền chủng ngay cả ở tuổi 94 với đàn ông cũng vẫn còn!

Và có thể căn ngày giao hợp, dễ bảo đảm trứng thụ tinh, có thể xê xích lỗi 1 ngày so với lúc rụng trứng. Việc này có thể tính toán căn cứ vào chu kỳ kinh nguyệt, việc đo nhiệt độ mỗi ngày, và trạng thái các tiết dịch âm đạo.

Thụ thai sẽ chắc ăn hơn nếu giao hợp rất thường xuyên chẳng? Xin nói là điều này không đúng! Làm ngược lại mới đúng. Là vì một người đàn ông càng xuất tinh nhiều lần chừng nào, thì số tinh trùng càng ít đi chừng nấy trong tinh dịch phóng ra. Điều nên làm là tiết dục trong vài ngày trước khi rụng rụng để tích lũy được nhiều tinh trùng.

THUỐC TRÁNH THAI KHÔNG GÂY VÔ SINH

"Tôi nghe nói thuốc tránh thai có thể gây vô sinh. Vì vậy, mỗi năm cần ngừng dùng vài tháng. Có đúng không?".

Nhiều người cho rằng viên uống tránh thai có thể ức chế rụng trứng lâu, gây vô sinh. Điều này không có cơ sở khoa học. Khi ngừng thuốc, chu kỳ hoóc môn tự nhiên và khả năng sinh sản trước đây của người phụ nữ được tái lập ngay. Nhiều công trình nghiên cứu đã cho thấy, 65% phụ nữ dùng viên tránh thai đã có thai ngay trong 3 tháng đầu sau khi ngừng

thuốc, mặc dù thường có rối loạn kinh nguyệt tạm thời. Không có chuyện viên tránh thai gây vô sinh trong một thời gian nào đó vì sự phóng noãn có thể xảy ra bất cứ lúc nào.

Không cần thiết ngừng thuốc mỗi năm vài tháng trừ phi có chỉ định của thầy thuốc. Một số thầy thuốc cho rằng sau khoảng 2 năm sử dụng thuốc thì nên ngừng 3-6 tháng để xem chu kỳ kinh có phục hồi một cách tự nhiên hay không.

PHỤ NỮ BỊ STRESS SẼ KHÓ CÓ THAI

Theo một nghiên cứu của Đại học California (Mỹ), tình trạng stress, trầm uất, nóng nảy, giận dữ sẽ hạn chế đáng kể khả năng thụ thai ở những phụ nữ đang điều trị vô sinh hoặc hiếm muộn. Những trạng thái trên sẽ khiến cho số trứng được thụ tinh ít hơn bình thường.

Ngược lại, những người bình tĩnh, lạc quan về khả năng thụ thai của mình sẽ có nhiều cơ hội thành công hơn. Riêng với những người luôn có tư tưởng sẽ làm bất cứ điều gì để có con, nguy cơ sinh đôi, sinh ba sẽ cao gấp 5 lần người bình thường.

GHEP BUÔNG TRỨNG VÀO CÁNH TAY ĐỂ PHÒNG VÔ SINH

Các bác sĩ Mỹ đã thành công trong việc lấy một mẫu buồng trứng của 2 phụ nữ để cấy vào cánh tay của họ. Sau khi cấy ghép, mô này đã hoạt động trở lại, sinh ra trứng khỏe

mạnh và tiết ra hoóc môn, tạo nên chu kỳ kinh nguyệt bình thường. Kỹ thuật này giúp khắc phục tình trạng vô sinh ở phụ nữ được điều trị chống ung thư.

Đó là thành công của bác sĩ Kutluk Oktay và các cộng sự tại trường Y Weill, thuộc Đại học tổng hợp Cornell. Một trong hai bệnh nhân nói trên bị ung thư buồng trứng, cần điều trị bằng tia xạ và có nguy cơ bị vô sinh nếu buồng trứng vẫn nằm trong ổ bụng. Bệnh nhân thứ hai phải cắt bỏ buồng trứng vì bị một khối u nang lành tính, mặc dù phần còn lại của buồng trứng vẫn tốt. Hai phụ nữ này cho biết việc cấy ghép không làm họ bị đau hoặc khó chịu. Họ đã cảm nhận được sự phát triển của trứng và mô xung quanh trong thời kỳ rụng trứng.

Trứng khỏe mạnh được sản xuất từ buồng trứng ở cánh tay sẽ được lấy để tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm. Nếu tử cung còn lành lặn, phôi sẽ được cấy vào tử cung và người phụ nữ sẽ mang thai bình thường. Nếu tử cung không còn tốt thì có thể nhờ người mang thai hộ.

Các bác sĩ đã rất ngạc nhiên khi thấy mô được cấy đã nhanh chóng hoạt động trở lại. Ngoài việc bảo tồn khả năng làm mẹ, việc ghép mô này còn giúp duy trì chức năng sản xuất hoóc môn của buồng trứng và làm chậm lại quá trình mãn kinh.

NHỮNG DẤU HIỆU BÁO TRƯỚC BỆNH SUY BUỒNG TRỨNG SỚM

Viêm âm đạo, giao hợp đau, rối loạn tiết niệu... là những dấu hiệu báo trước bệnh suy buồng trứng sớm ở phụ nữ dưới 40 tuổi. Đây là hiện tượng các nang noãn bị phá hủy bởi

những nguyên nhân như rối loạn nhiễm sắc thể, hóa trị, môi trường sống (khói, bụi), tiền sử bị bệnh nhiễm trùng... Căn bệnh này dễ gây sảy thai hoặc vô sinh.

HÚT THUỐC CÓ THỂ GÂY VÔ SINH Ở PHỤ NỮ

Khi hút thuốc, người phụ nữ sẽ hít phải một độc tố có khả năng làm suy giảm chức năng buồng trứng và khiến họ mãn kinh sớm.

Theo bác sĩ Jonathan Tilly, Bệnh viện đa khoa Massachusetts (Mỹ), người đứng đầu nhóm nghiên cứu, độc tố đó chính là Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAH), có trong khói thuốc lá và không khí bị ô nhiễm. Nghiên cứu về hiệu quả của PAH đối với chuột cái đã kéo dài 6 năm. Ở những con chuột bị tiêm chất này đã diễn ra một loạt phản ứng hoá học, dẫn tới cái chết của các tế bào trứng. Khi ghép mô buồng trứng người vào dưới da của chuột, các nhà khoa học cũng nhận thấy các tế bào trứng ở đây đã chết 3 ngày sau khi chuột bị tiêm PAH.

Các bé gái được sinh ra với một số lượng trứng nhất định, không thay đổi trong suốt cuộc đời. Các trứng này dần trưởng thành và lần lượt được giải phóng trong thời kỳ rụng trứng của mỗi chu kỳ kinh nguyệt. Việc tiếp xúc liên tục với các hoá chất độc hại khiến cho trứng chết trước thời hạn và kết quả là người phụ nữ sẽ bị mãn kinh sớm. Phụ nữ thường bắt đầu rơi vào thời kỳ mãn kinh ở tuổi 50.

Theo bác sĩ Tilly, quá trình này diễn ra từ từ và chỉ nhận thấy được sau nhiều năm. PAH hình thành khi than đá hoặc một số chất khác cháy không hết. Nó được sử dụng để chế tạo nhựa đường, một số loại thuốc, chất dẻo và thuốc nhuộm.

Các nhà khoa học cũng đã phát hiện ra cơ chế ngăn chặn sự huỷ hoại trứng của độc tố này. Nghiên cứu đang tiến hành để xem liệu việc hút thuốc ở phụ nữ có thai có thể gây tổn hại buồng trứng của thai nhi và làm giảm số lượng trứng của trẻ khi ra đời hay không.

UỐNG NHIỀU THUỐC POSTINOR CÓ BỊ VÔ SINH KHÔNG?

Hỏi:

Uống nhiều thuốc Postinor có bị vô sinh không? Trung bình mỗi tháng tôi uống khoảng 3 viên thì có ảnh hưởng gì không? Lúc trước tôi bị vỡ kế hoạch nên phá thai khoảng hơn 12 tuần tuổi thì khả năng sau này có con được không?

Postinor chỉ nên uống khi quá cần thiết, không nên dùng thường xuyên như các thuốc ngừa thai đã được Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị, hiện tại chưa thấy có báo cáo nào về vấn đề này, chị nên dùng các biện pháp tránh thai khác.

Nếu phá thai có một lần mà không bị nhiễm trùng thì ít gặp trở ngại mang thai sau này. Nạo tử cung nhiều lần có thể gây ra sẹo trong tử cung và mang đến sự hiếm muộn hoặc sảy thai sau này.

THAI TRÚNG

Thai trứng là gì?

Thai trứng hay bệnh gai nhau nước là một bệnh do sự phát triển bất thường của những gai nhau.

Tế bào nuôi hay dưỡng bào phát triển quá nhanh nên tổ chức liên kết bên trong gai nhau cùng với các mạch máu không phát triển kịp, các gai nhau không còn tổ chức liên kết và không còn mạch máu, trở nên những bọc nước đường kính từ vài ly đến vài ba phân.

Nguyên nhân dẫn đến bệnh thai trứng là gì?

Nguyên nhân chưa xác định rõ ràng.

Những yếu tố thuận lợi phát triển bệnh thai trứng là:

Thiếu dinh dưỡng, chủ yếu là thiếu chất đạm.

Đẻ nhiều.

Tuổi cao.

Triệu chứng của bệnh thai trứng ra sao?

Rong huyết.

Tử cung to hơn so với tuổi thai.

Triệu chứng thai nghén.

Xanh xao, thiếu máu, mệt mỏi, hốc hác.

Dấu hiệu nhiễm độc thai nghén.

Tuyến giáp to.

Nhịp tim nhanh.

Bàn tay và da : ấm, có thể có mồ hôi, run.

Đo lường nồng độ kích tố tăng.

Siêu âm không thấy tim thai, không thấy hình dạng thai.

Làm sao chẩn đoán bệnh thai trứng?

Thường dễ thấy ở những trường hợp điển hình. Nhưng đôi khi khó, cần phối hợp nhiều triệu chứng và nhiều xét nghiệm để chẩn đoán. Nếu vẫn còn nghi ngờ, nên theo dõi thêm.

Chẩn đoán dương tính chính xác nhất có bọc trứng trôi ra khỏi tử cung nằm trong âm đạo.

Thai trứng có nguy hiểm không?

Nếu thai trứng không điều trị kịp thời sẽ gây chảy máu rất nhiều, nhiễm trùng nội mạc tử cung.

Thai trứng xâm lấn làm thủng tử cung. Có thể biến thành ung thư.

Điều trị thai trứng như thế nào?

Sau khi được chẩn đoán thai trứng cần phải hút nạo ngay. Nếu thai trứng chuyển thành ung thư thì điều trị như một ung thư.

SẢY THAI TỰ NHIÊN

Sảy thai là gì?

Sảy thai (sảy thai tự nhiên) là những bào thai mà thai nhi không thể sống (thai nhi không sống được hay được sinh ra trước 20 tuần tuổi). Sảy thai được phân chia dựa theo tuổi thai. Sảy thai chiếm 15 – 20% tổng số trường hợp mang thai và thường xảy ra trước tuần thứ 13 của thai kỳ. Trong số sảy thai trước 8 tuần tuổi, 30% là không có thai, nhau và màng ối,

trường hợp này gọi là trứng hồng và nhiều thai phụ bất ngờ khi biết không có phôi trong túi ối.

Vài trường hợp sảy thai xảy ra trước khi người phụ nữ biết mình mang thai. 15% trứng thụ tinh bị sảy trước khi bám vào tử cung, trường hợp này thường không coi là sảy thai, 15% trường hợp thụ thai bị sảy trước 8 tuần tuổi. Một khi bào thai có tim thai thì tỉ lệ sảy thai ít hơn 5%.

Một thai phụ thấy dấu hiệu có thể bị sảy thai (chảy máu âm đạo) thì thường nghe từ “dọa sảy thai”.

Nguyên nhân gây sảy thai và những kiểm tra nào để tìm ra nguyên nhân ?

Nguyên nhân thường gặp nhất của sảy thai ở 3 tháng đầu thai kỳ là bất thường nhiễm sắc thể, bệnh tạo keo mạch máu (lupus), đái tháo đường, khiếm khuyết pha hoàng thể, nhiễm trùng, và bất thường tử cung bẩm sinh.

Nhiễm sắc thể là thành phần của mỗi tế bào trong cơ thể, nó chứa chất liệu di truyền qui định màu tóc, màu mắt, và toàn bộ dáng vẻ bề ngoài và bản chất. Những nhiễm sắc thể này tự nhân đôi và phân chia nhiều lần trong quá trình phát triển và có một số điểm có thể xảy ra trục trặc trong quá trình này. Bất thường nhiễm sắc thể chiếm đa số ở những cặp vợ chồng bị sảy thai nhiều lần. Đặc tính di truyền có thể sàng lọc bằng xét nghiệm máu trước khi mang thai lần nữa.

Phân nửa mô thai nhi ở những bào thai sảy trong 3 tháng đầu chứa nhiễm sắc thể bất thường. Tỉ lệ này giảm còn 20% đối với sảy thai 3 tháng giữa. Nói một cách dễ hiểu, bất thường thường gặp ở sảy thai 3 tháng đầu thai kỳ hơn là 3

tháng giữa. Sảy thai 3 tháng đầu rất thường gặp nên chỉ khi sảy thai lặp lại nhiều lần thì nguyên nhân bất thường nhiễm sắc thể mới được xem xét.

Ngược lại, sảy thai 3 tháng giữa thì không thường gặp, vì vậy có thể tiến hành đánh giá ngay sau khi bị lần đầu. Điều đó cho thấy rõ là nguyên nhân gây sảy thai khác nhau giữa các giai đoạn của thai kỳ.

Bệnh tạo keo mạch máu là chứng bệnh mà hệ thống miễn dịch của người đó chống lại các cơ quan của chính họ. Những bệnh này có khả năng rất nặng, trong thời gian mang thai hay giữa những lần mang thai. Về bệnh này, thai phụ tạo ra kháng thể kháng lại các mô của cơ thể. Ví dụ những bệnh tạo keo mạch máu là lupus ban đỏ toàn thân và hội chứng kháng thể kháng phospholipid.

Đái tháo đường có thể được kiểm soát tốt trong suốt thai kỳ, nếu thai phụ và bác sĩ làm việc chặt chẽ với nhau. Tuy nhiên, nếu bệnh đái tháo đường không kiểm soát được, không chỉ có nguy cơ sảy thai cao mà trẻ có thể có khuyết tật nặng. Nhiều vấn đề khác có thể xảy ra trong thời gian mang thai. Kiểm soát đường trong máu tốt trong thai kỳ là điều rất quan trọng.

Khiếm khuyết pha hoàng thể là yếu tố có thể gây sảy thai do bởi sự thiếu hụt một lượng hormone progesterone trong chu kì kinh nguyệt. Sự thiếu hụt progesterone có thể làm lớp tế bào bên trong tử cung (nội mạc tử cung) không có khả năng giữ thai, bởi vì progesterone có vai trò quan trọng duy trì thai cho đến tuần thứ 10. Khiếm khuyết pha hoàng thể chưa được hiểu rõ lắm.

Sự hiểu biết về nguyên nhân này góp phần nhiều trong việc chẩn đoán và điều trị. Thỉnh thoảng thuốc được chỉ định để bù lại sự thiếu hụt progesterone. Điều đặc biệt là có hay không hay khiếm khuyết pha hoàng thể như thế nào góp phần gây sảy thai tự nhiên thì cần được xác định và hiệu quả của điều trị đòi hỏi nhiều nghiên cứu hơn nữa.

Nhiễm trùng tử cung do vi khuẩn hay siêu vi kết hợp với sảy thai. Tuy nhiên, có điều chú ý là cùng nhiễm trùng giống nhau được tìm thấy lúc sảy thai cũng thấy ở thai kỳ bình thường và sinh được. Thực tế, vài loại vi khuẩn như mycoplasma, nhiều nhà chuyên môn xem nó là vi khuẩn thường trú ở âm đạo.

Vì vậy, vai trò chính xác của nhiễm trùng trong sảy thai là không chắc chắn. Đôi khi, kháng sinh cần được sử dụng, đặc biệt những thai phụ bị sảy thai nhiều lần, nếu kết quả cấy dịch âm đạo có mycoplasma.

Bất thường cấu trúc tử cung cũng là nguyên nhân sảy thai. Vài phụ nữ có bất thường tử cung như tử cung có vách ngăn. Những phần mô này rất ít máu nuôi, và đây không phải là vị trí tốt để nhau gắn vào và phát triển. Do đó, nếu phôi làm tổ ở đó sẽ tăng nguy cơ sảy thai.

Phụ nữ có tử cung dị dạng thường cần thực hiện thêm những kiểm tra như chụp X quang tử cung vòi trứng hay soi ổ bụng với soi tử cung. Phẫu thuật sửa chữa có hi vọng mang thai tốt.

Những bất thường khác có thể là do u lành tính trong tử cung gọi là u xơ tử cung. Các u xơ này phát triển lành tính

từ những tế bào cơ tử cung. Trong khi hầu hết các u xơ không gây sảy thai (thật ra, hiếm khi u xơ là nguyên nhân gây vô sinh), đôi khi có thể gây trở ngại cho việc làm tổ và cung cấp máu nuôi cho phôi, liên quan điều này có thể xem là nguyên nhân sảy thai.

Những yếu tố nào không gây sảy thai?

Cần nhấn mạnh rằng vận động, làm việc, giao hợp không làm tăng nguy cơ sảy thai như thường nghĩ. Tuy nhiên, những trường hợp bất thường mà bác sĩ nhận thấy có nguy cơ sảy thai cao thì được khuyên ngưng làm việc và giao hợp. Những thai phụ có tiền căn sinh thiếu tháng và có những vấn đề sản khoa đặc biệt khác có thể rơi vào nhóm này.

Triệu chứng của sảy thai?

Có thất gây đau bụng dưới và chảy máu âm đạo là triệu chứng thường gặp nhất, có nhiều mức độ: nhẹ, trung bình, nặng. Không có qui ước về thời gian những triệu chứng này là bao lâu.

Bác sĩ tìm kiếm điều gì trong quá trình khám khi nghi ngờ sảy thai?

Cổ tử cung thai phụ có thể có máu chảy ra, nhưng không có những bất thường nào khác đặc trưng cho dọa sảy. Vài thai phụ có thể có cảm giác đau nhẹ khi khám tử cung.

Dọa sảy thai được đánh giá như thế nào?

Một lần nữa, dọa sảy là khi thai phụ có thể có dấu hiệu nghi sảy thai (chảy máu âm đạo). Trong trường hợp này, bác sĩ sẽ cho xác định mức HCG trong máu và siêu âm vùng chậu để xác định thai còn sống hay không. Trong quá trình đánh giá thai phụ được yêu cầu nghỉ ngơi và tránh giao hợp.

Dọa sảy thai tức là sảy thai thực sự không xảy ra nhưng có chảy máu từ tử cung. Cổ tử cung không có dấu hiệu sắp tổng ra thai và nhau.

Sảy thai lưu là thai chết trước 20 tuần tuổi nhưng các thành phần của thai không được tổng ra ngoài.

Thai phụ bị sảy thai sẽ được điều trị gì?

Mục đích chính của bác sĩ cố gắng xem tất cả mô thai và nhau được tổng ra hết chưa. Nếu đã tổng ra hết thì thai phụ chỉ cần nghỉ ngơi và được theo dõi. Nếu chưa tổng ra hết (sảy thai không hoàn toàn) thì thai phụ cần được hút và nạo lấy hết những phần còn lại.

Thủ thuật này thường thực hiện với gây tê tại chỗ, có dùng hoặc không dùng kháng sinh tùy thuộc vào cách làm của mỗi bác sĩ. Các xét nghiệm máu sẽ giúp xác định cần chỉ định globulin miễn dịch hay không.

Khi nào người phụ nữ tiếp nhận sự đánh giá về nguyên nhân thật sự sảy thai?

Hiện nay, hầu hết các bác sĩ lâm sàng không tiến hành đánh giá quĩ mô chỉ với một lần sảy thai hoặc ngay cả hai lần liên tiếp mà cơ hội mang thai bình thường ước lượng khoảng 80-90%. Đối với những phụ nữ sảy thai tái diễn nhiều lần, sự đánh giá tập trung vào hình thái và tiền sử của những lần sảy thai trước. Sảy thai 3 lần liên tiếp gợi ý người phụ nữ nên được đánh giá sâu hơn nữa. Sảy thai nhiều lần liên tiếp gợi ý nguyên nhân là hở eo tử cung.

Vì vậy, những kiểm tra sau được áp dụng những phụ nữ sảy thai 3 lần liên tiếp. Xét nghiệm máu có thể xác định bất

thường nhiễm sắc thể trong hai vợ chồng mà bất thường đó có thể truyền sang con. Cha mẹ có thể bề ngoài bình thường nhưng mang khiếm khuyết nhiễm sắc thể, và khi kết hợp lại có thể gây chết phôi. Loại kiểm tra này gọi là xác định kiểu nhân và được thực hiện ở cả hai vợ chồng.

Chụp X quang tử cung, vòi trứng có thể xác định bất thường. Kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng cardiolipin, chống đông lupus có thể được thực hiện để xác định bệnh tự miễn. Như đã nói ở trên, một vài chứng bệnh sẽ được rõ ràng nhưng không phải là tất cả. Nhiều xét nghiệm kháng thể khác có thể cần được thực hiện thêm.

Có thể làm gì để phòng sảy thai trong tương lai?

Điều trị hiện nay phụ thuộc vào nguyên nhân thực sự gây sảy thai. Nói thì nghe dễ nhưng không đơn giản. Sự đánh giá cẩn thận chi tiết có thể bộc lộ vài yếu tố có khả năng hoặc riêng lẻ hoặc phối hợp gây sảy thai. Nếu vấn đề nhiễm sắc thể được phát hiện một trong hai người thì tham vấn những nguy cơ xảy ra trong tương lai là lựa chọn duy nhất. Hiện nay không có phương pháp nào sửa chữa sai sót di truyền.

Nếu vấn đề là bất thường cấu trúc tử cung thì sửa chữa bằng phẫu thuật được đặt ra. Việc lấy đi u xơ hay vách ngăn không bảo đảm là sẽ mang thai lại bình thường, nếu nó không phải là nguyên nhân gây sảy thai. Kiểm soát hiệu quả bệnh đái tháo đường và bệnh tuyến giáp được bàn luận trong phòng ngừa sảy thai. Những phụ nữ có vấn đề kháng thể, vài loại thuốc được tìm ra để điều trị mong đạt được kết quả mang thai. Vài trường hợp pha loãng máu được đề nghị để phòng ngừa sảy thai.

Việc dùng progesterone để làm tăng mức hormon này trong máu được dùng cho nhiều bệnh nhân sảy thai hiện nay. Sự thật đặc biệt được tìm ra là sự tập trung hormon này bị thấp trong thời gian đáng ngại là lúc lâm tổ. Một vài bác sĩ chỉ định thuốc này ngay cả khi mức progesterone bình thường, bởi vì nhận thấy rằng mức hormon dao động từng tháng. Như mô tả ở trên, mặc dù thường dùng progesterone trong điều trị, nghiên cứu thật riêng biệt về “khiếm khuyết pha hoàng thể” vẫn còn thiếu hụt.

Vấn đề sảy thai hiện nay, điều quan trọng nhận thấy ngay cả những trường hợp gây sảy thai đã được sửa chữa thì sảy thai vẫn có thể bị lại. Điều này không có ý nói là không nên cố gắng sửa chữa những bất thường mà trong bệnh sử có liên quan sảy thai.

Tuy nhiên, không có điều trị nào đảm bảo hoàn toàn. Ngay cả những trường hợp bị sảy thai nhiều lần vẫn có thể mang thai được bình thường. Tham vấn trước khi mang thai hay đầu thai kỳ có thể sớm nhận ra những yếu tố nguy cơ và cho phép bác sĩ đưa ra những cách chăm sóc đặc biệt cần thiết.

Đề phòng sảy thai

Tôi kết hôn năm 1999 đến năm 2000 thì mang thai, nhưng được gần 2 tháng thì bị sảy và từ đó đến nay liên tục bị sảy thai. Vợ chồng tôi rất buồn. Tôi phải làm gì trong thời kỳ mang thai để không bị sảy?

Có thai luôn là một sự kiện quan trọng trong đời người, là niềm vui cho những đôi vợ chồng trẻ. Nhưng đôi khi, niềm vui đó cũng sẽ biến thành nỗi lo nếu chẳng may không được “mẹ tròn con vuông” (sảy thai hoặc đẻ non...).

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến sảy thai, nên muốn an toàn cho lần mang thai sau, bác sĩ phải tìm được nguyên nhân chị bị sảy thai. Nếu sảy thai do chưa trứng và phôi thai phát triển khác thường thì khó có thể biết trước để đề phòng. Trường hợp sảy thai do những nguyên nhân khác thì chị cần chú ý giữ gìn vệ sinh thời kỳ mang thai, ăn uống đủ chất dinh dưỡng cần thiết, nghỉ ngơi hợp lý, không lao động và luyện tập quá sức, không vận động quá mạnh, tránh mang các vật nặng, không đi giày cao gót, tránh những va chạm ở phần bụng dưới, hạn chế giao hợp, tích cực chữa những bệnh cảm nhiễm cấp tính. Trong 4 tháng đầu mang thai, người mẹ tránh phẫu thuật vùng bụng.

Đối với phụ nữ đã có tiền sử về sảy thai thì trước khi mang thai lần sau cần kiểm tra toàn diện để tìm ra nguyên nhân gây sảy thai, phát hiện những bệnh mạn tính hoặc những ổ bệnh mạn tính đã mắc để kịp thời chữa ngay. Nếu bị u ở tử cung, phải loại bỏ u ngay rồi mới nghĩ đến chuyện mang thai. Khi có những biểu hiện bất thường thì các bà mẹ nên đến các trung tâm y tế chuyên khoa để được theo dõi.

Tóm lược về sảy thai

Sảy thai tự nhiên là thai không thể sống được hay sinh ra trước 20 tuần tuổi.

Vận động, làm việc, và giao hợp không làm tăng nguy cơ sảy thai. Ngoại trừ những phụ nữ có sẵn những nguyên nhân cơ bản đặc biệt thì những yếu tố trên trở thành nguy cơ.

Những nguyên nhân gây sảy thai bao gồm : bất thường di truyền, nhiễm trùng, thuốc, ảnh hưởng hormon, bất thường cấu trúc tử cung và bất thường hệ thống miễn dịch.

Sau một lần sảy thai, cơ hội mang thai bình thường trong tương lai là 90%. Điều trị sảy thai hiện nay là điều trị trực tiếp nguyên nhân.

CẤY GHÉP TỬ CUNG – HY VỌNG CỦA NHIỀU PHỤ NỮ VÔ SINH

Các nhà nghiên cứu Thụy Điển vừa thông báo chuột mẹ được cấy ghép tử cung đã sinh hạ chuột con khỏe mạnh, có khả năng sinh sản bình thường. Họ hy vọng kỹ thuật mới này có thể áp dụng cho con người trong vòng 3 năm tới.

Nhóm nghiên cứu do Mats Brannstrom thuộc ĐH Gothenburg đứng đầu đã cấy ghép tử cung mới cho chuột, bên cạnh tử cung bình thường của chúng. Sau đó 2 tuần, họ cấy phôi vào tử cung mới và cũ. Tỷ lệ mang thai là 70% ở cả hai tử cung. Lũ chuột con ra đời vào tháng 8/2002 song tới bây giờ, nhóm nghiên cứu mới có bằng chứng khẳng định chúng khỏe mạnh và có thể sinh sản.

Các chuyên gia đã mất 2 năm để phát triển phương pháp phẫu thuật "cực kỳ phức tạp" cần để cấy ghép tử cung cho chuột. Điều quan trọng là kỹ thuật mới giải quyết được 3 vấn đề lớn khi cấy ghép tử cung mới: không có nguồn cung cấp dây thần kinh, dẫn lưu bạch huyết hoặc cung cấp máu.

Brannstrom ước tính khoảng 4% phụ nữ vô sinh có thể được làm mẹ nhờ cấy ghép tử cung, tránh cho họ không phải tìm người mang thai hộ. Họ là những người gặp phải các vấn

đề bẩm sinh liên quan tới cơ quan này chẳng hạn như tử cung quá nhỏ hoặc đã cắt bỏ tử cung do ung thư.

Người cho tử cung tiềm năng có thể là mẹ hoặc chị gái. Tuy nhiên, việc cấy tử cung của mẹ cho con gái có nghĩa là thai phụ và đứa con tương lai phát triển trong cùng tử cung, có thể làm dấy lên tranh cãi về đạo đức. Tuy nhiên, để làm được điều đó ở người, giới khoa học cần giải quyết vấn đề đào thải sau cấy ghép.

Brannstrom cho rằng giải quyết vấn đề đào thải khá đơn giản vì tử cung là một cơ quan không phức tạp, chỉ là một mô cơ lớn có màng trong. Nó không chứa một số lượng lớn tế bào bạch huyết giống như ở ruột. Nhiều thai phụ được cấy ghép thận đã uống thuốc chống đào thải và vẫn sinh con thành công. Ca cấy ghép tử cung đầu tiên cho con người được tiến hành vào năm 2002 tại Ả-rập Xê-út. Tuy nhiên, bác sĩ phải cắt bỏ nó sau 99 ngày do nguồn máu cung cấp không tới được tử cung mới.

Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI CHÚNG VÔ SINH Ở NỮ GIỚI

Khi phụ nữ ở tuổi sinh đẻ, nếu người bạn đời của họ có chức năng sinh sản bình thường, cũng có sự đồng tình quyết tâm, sau 2 năm chung sống và không dùng bất cứ một biện pháp tránh thai nào, mà không thể có thai thì được gọi là vô sinh nguyên phát.

Ngoài những nguyên nhân do tiên thiên bất túc, dị tật, nhìn chung, phụ nữ không có con là do kinh nguyệt không đều, không tốt, do các sang chấn về tâm lý (stress), do môi trường sống và điều kiện sinh hoạt làm mất cân bằng khí - huyết, âm - dương.

Ngày nay, do học tập, công tác, nhiều chị em xây dựng gia đình muộn và có kế hoạch sinh con sau tuổi 30. Trước đó, một số chị em đã dùng thuốc tránh thai bằng đường uống hoặc tiêm, gây mất cân bằng giữa thận âm và thận dương và gây hư tổn mạch xung nhâm dẫn tới vô sinh. Theo chúng tôi, ngoài những nguyên nhân bất khả kháng như dị tật phần phụ (từ cung dị thường, nhi dạng, u xơ tử cung lớn...), viêm xơ ống dẫn trứng do lao..., y học cổ truyền có thể điều trị hoặc hỗ trợ một số dạng vô sinh sau: vô sinh do thận dương hư, tỳ dương hư, đàm trệ; thận âm hư, can khí sơ tiết bất điều và khí huyết lưỡng hư cùng huyết ứ. Người bị thận dương hư, tỳ khí hư kèm theo đàm trệ biểu hiện: vô sinh, kinh nguyệt chậm kỳ, lượng máu kinh ít, màu sắc nhạt, loãng kiêm huyết khối sẫm màu; khí hư (đôi hạ) trắng, loãng, nước tiểu trong. Sắc da xanh nhợt, nặng thì vàng nhạt; hay đau môi lưng, đau bụng dưới; thường sợ lạnh, chân tay lạnh, nặng thì lưng lạnh, ăn kém, mệt mỏi, ngủ nhiều, nếu có đàm trệ thì người bệnh cảm thấy nặng đầu, mình; đại tiện phân nát. Chết lưỡi nhợt, có vết hằn răng quanh lưỡi; mạch trầm trì, nhu, tế hoặc đới hoạt. Nguyên nhân có thể do cha mẹ sinh ra đã yếu, hoặc do ăn nhiều các thức sống lạnh, điều kiện ăn ở sinh hoạt lạnh ẩm kéo dài. Đặc biệt

một nghiên cứu của bác sĩ Shulan Tang Shizhen (Anh) (2002) nêu lên vô sinh do bệnh nhân dùng thuốc tránh thai trong nhiều năm. Tác giả cho rằng các thuốc này có thể ức chế sự phát triển của thận khí và làm cho thận dương hư, dẫn đến tử cung bị lạnh, không thụ thai được.

Có thể điều trị bằng các loại thuốc có tác dụng ôn bổ thận, tỳ, hóa đàm, làm ấm tử cung giúp cho việc thụ thai dễ dàng hơn như sau: Đảng sâm, đỗ trọng, tục đoạn, phục linh, bạch truật, trần bì, hương phụ, hoàng kỳ, đương quy, bạch thược, a giao, ngải diệp, ngô thù, tiểu hồi, quế chi... các bài thuốc thường dùng như thận khí hoàn, kim quỹ thận khí, khai uất nhị trần thang... Và tất nhiên để có được sự hướng dẫn cụ thể cách điều trị, dùng thuốc cho hợp lý nên tìm đến bác sĩ chuyên khoa.

Người bị thận âm hư thường có các triệu chứng như: vô sinh, kinh chậm kỳ, sắc kinh đỏ, lượng ít. Người gầy khô, buổi chiều thường hâm hấp khó chịu, gò má đỏ, ra mồ hôi trộm, vú teo nhỏ, nước tiểu vàng, đại tiện táo bón. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít, vàng, mạch tế sác. Muốn thụ thai được, cần phải bổ can thận để dưỡng tinh huyết. Bài thuốc thường dùng là bát vị quy thược...

Những người bị can khí uất kết, can hỏa vượng: ngoài rối loạn kinh nguyệt như trên, còn thường tỏ ra bức dọc khó chịu, dễ cáu gắt, miệng đắng, mắt hoa, ngực sườn tức, mạch huyền. Phương pháp điều trị là: dưỡng huyết hòa can. Thời kỳ đầu thường dùng bài tiêu dao tán gia vị. Khi can được giải uất,

can khí sơ tiết điều đạt thì chuyển sang cùng cố bằng bài tứ vật thang, quy tỳ thang...

Ở những người quá béo, đàm thấp trệ, không thể có thai, mặc dù đã kiểm tra tử cung, vòi trứng tốt, cần điều trị bằng bài khai uất nhị trần thang để đàm thấp được giải trừ mới có thể thụ thai được. Bệnh vô sinh cũng thường xảy ra ở người khí huyết hư kiêm huyết ú. Triệu chứng của bệnh này là: kinh nguyệt chậm kỳ, đau bụng trước khi thấy kinh, lượng kinh ít, sắc sẫm, kém tươi, người gầy yếu, mệt mỏi, sắc mặt xanh, ăn ngủ kém. Điều trị cần bổ dưỡng khí huyết tùy theo tình trạng cụ thể.

Ngoài các dạng bệnh lý, để chuẩn bị điều kiện cho việc thụ thai tốt và cho ra đời những đứa con khỏe mạnh, người mẹ tương lai nhất thiết phải được điều hòa kinh nguyệt tốt. Trước kỳ kinh cần dưỡng huyết, ôn dương, hòa can và tăng cường lưu thông huyết, tránh huyết ú, trong kỳ kinh, cần điều hòa khí huyết, dưỡng âm và hoạt huyết khứ ú; giữa kỳ kinh, trong giai đoạn rụng trứng, cần bổ âm và ôn thận dương để thúc đẩy sự rụng trứng.

Ngày nay, khoa học phát triển, có thể giúp đỡ thụ thai trong ống nghiệm. Tuy nhiên, đó là yếu tố hỗ trợ bên ngoài, do vậy không ít trường hợp không thành công. Theo chúng tôi, để đảm bảo tỷ lệ thành công cao, người phụ nữ cần được chuẩn bị yếu tố bên trong đầy đủ. Việc chuẩn bị này là một trong những lợi thế mà y học cổ truyền có thể mang lại.

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Khái niệm

Hội chứng buồng trứng đa nang (BTĐN) hay còn được gọi là hội chứng Stein-Leventhal, do Irvine F. Stein và Michael Leventhal mô tả đầu tiên năm 1937. Đây là bệnh gây ra do tình trạng rối loạn nội tiết và là một trong những nguyên nhân thường gặp gây vô sinh do không rụng trứng hay rối loạn phóng noãn.

Hội chứng buồng trứng đa nang chiếm tỷ lệ khoảng 6-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Bệnh thường xuất hiện ở tuổi dậy thì nhưng cũng có thể xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 25.

Những phụ nữ bị buồng trứng đa nang thường là những người có sự gia tăng bất thường về nồng độ Testosterone và LH, những chất này sẽ làm gián đoạn quá trình phát triển của nang noãn. Buồng trứng xuất hiện nhiều nang nhỏ (từ 6 – 10 nang < 10mm) do nang noãn không phát triển được, trứng không thể trưởng thành và không có hiện tượng rụng trứng.

Triệu chứng

Rối loạn kinh nguyệt

Kinh thưa, kinh không đều hay vô kinh là những rối loạn về kinh nguyệt thường gặp trong hội chứng buồng trứng đa nang. Đây là một trong những tiêu chuẩn chính để chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang. Khoảng 90% phụ nữ thiếu kinh có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

Rậm lông, mụn, rụng tóc

Một trong những triệu chứng thường gặp nhất của buồng trứng đa nang là rậm lông (mặt và cơ thể). Đây là biểu hiện của tình trạng cường androgen. Có khoảng 92% phụ nữ rậm lông có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm. Tuy nhiên cần chú ý đến một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến tình trạng này như di truyền hay chủng tộc. Do đó cần định lượng một số nội tiết để xác định tình trạng cường androgen.

Bên cạnh triệu chứng rậm lông, mụn cũng rất thường gặp. Theo nghiên cứu của Eden thực hiện 1991 cho thấy khoảng $\frac{3}{4}$ phụ nữ bị mụn có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm. Hói và rụng tóc ít phổ biến trong buồng trứng đa nang nhưng cũng được ghi nhận.

Béo phì

30-50% phụ nữ buồng trứng đa nang bị béo phì. Rối loạn trong quá trình chuyển hóa dẫn đến tình trạng phân bố mỡ không đồng đều. Để xác định tình trạng béo phì người ta dựa vào chỉ số BMI (>25) hay tỉ số vòng eo/vòng hông. Một số nghiên cứu cho rằng béo phì cũng có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của buồng trứng đa nang. Người ta nhận thấy rằng cân nặng đóng vai trò rất quan trọng trong thúc đẩy các triệu chứng buồng trứng đa nang biểu hiện trên lâm sàng. Kiểm soát cân nặng có thể giúp cải thiện tiên lượng của Hội chứng buồng trứng đa nang.

Điều trị

Hiện nay chưa có phương thức điều trị đặc hiệu cho buồng trứng đa nang. Việc điều trị thay đổi theo mục đích: điều trị triệu chứng cường androgen hay điều trị vô sinh.

Nếu ở bệnh nhân không có nhu cầu có con, có thể dùng một số thuốc nội tiết để làm giảm các triệu chứng của hội chứng này như kinh không đều, rậm lông... hay ngăn ngừa sự xuất hiện của một số nguy cơ lâu dài sau này. Tuy nhiên sau khi ngưng thuốc các triệu chứng có thể sẽ trở lại như ban đầu.

Nếu bệnh nhân có nhu cầu điều trị vô sinh:

+ Giảm cân đóng vai trò rất quan trọng trong thành công của phương thức điều trị.

+ Dùng các loại thuốc kích thích sự phát triển nang noãn hiện có trên thị trường như Clomiphene Citrate, Metformine hay các Gonadotrophne. Tùy theo tình trạng của từng người mà bác sĩ đưa ra các phương thức điều trị thích hợp.

Bên cạnh các phương thức điều trị nội khoa, có thể tiến hành mổ nội soi đốt diêm trên bề mặt buồng trứng.

Nguy cơ lâu dài

Hội chứng buồng trứng đa nang về sau có khả năng tăng nguy cơ của một số bệnh:

- + Bệnh tim mạch
- + Tiểu đường
- + Ung thư nội mạc tử cung
- + Cao huyết áp

Tóm lại, buồng trứng đa nang là một hội chứng thường gặp ở phụ nữ vô sinh do không rụng trứng. Triệu chứng của hội chứng này thay đổi rất nhiều tùy thuộc từng bệnh nhân. Hiện nay, nhiều phương pháp điều trị có hiệu quả đang được áp dụng trong điều trị vô sinh cho những người có buồng trứng đa nang.

BIẾN CHỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH Ở PHỤ NỮ CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRÚNG ĐA NANG

Để điều trị vô sinh cho những trường hợp có hội chứng buồng trứng đa nang, kích thích rụng trứng là một biện pháp điều trị cơ bản. Kích thích buồng trứng có thể bằng phẫu thuật nội soi hay điều trị nội khoa với các loại thuốc kích thích buồng trứng, có hay không kèm metformin. Tuy nhiên, trong điều trị vô sinh cho những đối tượng này, chúng ta có thể gặp một số tai biến trong khi điều trị và trong quá trình mang thai.

Tai biến trong quá trình điều trị

Hai nguy cơ thường gặp nhất trong điều trị vô sinh ở những người có buồng trứng đa nang là không có nang noãn trưởng thành và nguy cơ bị quá kích buồng trứng. Quá kích buồng trứng là tình trạng đáp ứng quá mức của buồng trứng với thuốc kích thích, xuất hiện nhiều nhất trong các chu kỳ có sử dụng thuốc chích (Puregon, Gonal F). Trong kích thích buồng trứng ở người buồng trứng đa nang, rất khó xác định liều thuốc có hiệu quả (tạo được nang trưởng thành) mà không gây quá kích buồng trứng. Hiện nay, để hạn chế tình trạng quá kích, các trung tâm điều trị vô sinh thường sử dụng thuốc kích thích với phác đồ “liều thấp tăng liều dần”.

Tai biến trong thai kỳ

Sau khi điều trị vô sinh thành công, những người có hội chứng buồng trứng đa nang cũng thường gặp một số tai biến liên quan đến thai kỳ nhiều hơn nhóm không bị hội chứng

này. Tỷ lệ sản phụ bị tiểu đường trong thai kỳ tăng cao hơn ở nhóm có hội chứng buồng trứng đa nang. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ rất rõ giữa tiểu đường thai kỳ và buồng trứng đa nang. Nguyên nhân có thể do tình trạng tăng đề kháng với insulin, một triệu chứng thường gặp ở những người hội chứng buồng trứng đa nang, đặc biệt là những trường hợp có béo phì.

Ngoài ra, một số tác giả còn cho rằng hội chứng buồng trứng đa nang làm tăng nguy cơ tiền sản giật trong thai kỳ. Đây là tình trạng huyết áp tăng cao trong thai kỳ, nếu nặng có thể đưa đến co giật toàn thân. Tuy nhiên, đa số các tác giả khác cho rằng tình trạng này có thể do ảnh hưởng bởi số lần mang thai. Cao huyết áp trong thai kỳ thường ít xuất hiện ở những người có thai lần đầu tiên.

Một tai biến khác cũng thường gặp là tình trạng đa thai. Nhiều tác giả cho thấy phụ nữ có buồng trứng đa nang, trong các chu kỳ điều trị vô sinh, thường có tỷ lệ đa thai cao hơn, với tỷ lệ khoảng 12-30%. Tình trạng đa thai dẫn đến nguy cơ sinh non, khi tuổi thai dưới 37 tuần. Chính điều này làm ảnh hưởng không ít đến sức khỏe của trẻ sinh ra (nhẹ cân, suy hô hấp ...).

Ngoài ra, một số tác giả còn ghi nhận tỷ lệ sảy thai cao ở những người bị buồng trứng đa nang. Sảy thai thường được xác định khi thai kỳ không kéo dài được quá 20 tuần. Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ này có thể lên đến 32% ở những người bị buồng trứng đa nang mà có béo phì. Tình trạng này có thể do chất lượng của trứng không được tốt, dưới ảnh hưởng của các

bất thường về nội tiết thường thấy trong bệnh nhân buồng trứng đa nang.

Tóm lại, hội chứng buồng trứng đa nang là một hội chứng phức tạp, nguyên nhân gây bệnh còn chưa được hiểu rõ và có ảnh hưởng không ít đến khả năng sinh sản của người phụ nữ. Trong điều trị vô sinh, những phụ nữ có hội chứng này có thể gặp một số tai biến nhất định. Tuy nhiên, nếu được theo dõi và xử trí kịp thời, những tai biến này ảnh hưởng không đáng kể đến sức khỏe của người mẹ và trẻ sơ sinh.

TUỔI CỦA NGƯỜI VỢ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

Tuổi của người phụ nữ và khả năng sinh sản

Khả năng sinh sản của phụ nữ giảm dần theo độ tuổi. Phụ nữ trên 35 tuổi khả năng có thai giảm nhiều, các tai biến khi mang thai và sinh nở cao hơn. Trẻ sinh ra từ bà mẹ lớn tuổi, có tỉ lệ dị tật, tỉ lệ bất thường về phát triển tâm sinh lý cao hơn trẻ bình thường. Người ta thấy rằng khả năng có thai giảm và tỉ lệ bất thường ở trẻ sinh ra tăng ở phụ nữ lớn tuổi chủ yếu do sự suy giảm chức năng của buồng trứng theo thời gian. Đồng thời các nhà khoa học cho rằng về mặt sinh lý, phụ nữ có thai và sinh đẻ tốt nhất vào tuổi từ 19-29 tuổi.

Ảnh hưởng của tuổi vợ với kết quả kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

Kết quả điều trị kỹ thuật IUI tại Khoa Hiếm muộn Bệnh viện Phụ Sản năm 2001 cho thấy tỉ lệ có thai cao nhất ở

nhóm nhỏ hơn 25 tuổi và chỉ thay đổi ít từ trên 25 đến 30 tuổi. Trong khi đó, tỉ lệ có thai giảm rõ rệt khi phụ nữ bắt đầu trên 35 tuổi. Khả năng thành công tiếp tục giảm dần sau đó và xuống rất thấp khi người vợ trên 40 tuổi.

Ngoài ra, phụ nữ trẻ tuổi thường sử dụng ít thuốc để kích thích buồng trứng hơn, chi phí điều trị thấp hơn. Một số phụ nữ trẻ tuổi, có thể có thai khi bơm tinh trùng với chu kỳ tự nhiên, không cần kích thích buồng trứng.

Ảnh hưởng của tuổi vợ với kết quả kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm

Với các trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm, tỉ lệ có thai đạt xấp xỉ 50% đối với bệnh nhân từ 30 tuổi trở xuống. Tỉ lệ này giảm chỉ còn khoảng 20% nếu bệnh nhân vượt quá 35 tuổi.

Tỉ lệ có thai cũng giảm rõ rệt theo tuổi vợ đối với các trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm. Với những trường hợp từ 30 tuổi trở xuống khả năng có thai sau mỗi lần điều trị là 50%. Khả năng có thai giảm xuống dưới 20% nếu bệnh nhân trên 40 tuổi.

Các trường hợp người vợ lớn tuổi còn gặp một số bất lợi khác khi điều trị thụ tinh trong ống nghiệm và CSI do:

Phụ nữ lớn tuổi có tỉ lệ sảy thai và sinh non cao hơn dẫn đến tỉ lệ có con sống, khỏe mạnh về sau còn giảm hơn nhiều.

Phụ nữ lớn tuổi có tỉ lệ đáp ứng kém với thuốc, phải ngưng điều trị cao hơn. Tỉ lệ có thai trên chỉ tính trên các

trường hợp có chuyển phôi, nếu tính tổng cộng trên các trường hợp ban đầu, tỉ lệ này còn thấp hơn.

Phụ nữ lớn tuổi cần tiêm số lượng thuốc nhiều hơn để kích thích buồng trứng, dẫn đến chi phí cho một lần điều trị có thể tăng lên gấp đôi.

Phụ nữ lớn tuổi khi đi điều trị vô sinh thường gặp nhiều bất lợi khi chi phí cao, tỉ lệ thành công thấp. Khi có thai, tỉ lệ tai biến, biến chứng khi mang thai và khi sinh tăng, đồng thời tỉ lệ trẻ sinh ra bất thường cũng tăng. Các vấn đề trên thường do phụ nữ càng lớn tuổi, buồng trứng càng bị lão hóa.

Để khắc phục các vấn đề trên có thể có các biện pháp sau:

Phụ nữ sau khi lập gia đình nên có con trước 35 tuổi, tốt nhất trước 30 tuổi, đừng để quá lớn tuổi mới tính đến việc có con.

Phụ nữ lớn tuổi (xấp xỉ 35 tuổi), khi chậm có con, nên đi điều trị sớm. Nếu đã biết được nguyên nhân, nên chọn những phương pháp có thể đạt tỉ lệ thành công cao trong thời gian ngắn để tranh thủ quỹ thời gian.

Xin trứng của người trẻ tuổi và làm thụ tinh trong ống nghiệm với tinh trùng chồng. Người vợ vẫn có thể mang thai và sinh đẻ bình thường, chi phí điều trị thấp hơn, tỉ lệ thành công cao hơn và tỉ lệ trẻ sinh ra bất thường cũng giảm.

PHẦN IV
VÔ SINH
CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

VÔ SINH VÀ CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị vô sinh ở Việt Nam hiện có tỷ lệ thành công khá cao: 30-35%. Gần đây nhất, các bác sĩ đã áp dụng thành công kỹ thuật chuyển phôi đông lạnh vào tử cung, làm giảm bớt phiền toái và chi phí cho các cặp vợ chồng thất bại trong lần thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên.

Với việc dự trữ phôi bằng phương pháp đông lạnh, họ không phải thực hiện chu trình thụ tinh mới và chỉ trả thêm 2 triệu đồng (để chuyển phôi).

Vô sinh là tình trạng cặp vợ chồng không có khả năng mang thai hoặc sinh con sau 1 năm giao hợp bình thường không tránh thai. Người càng lớn tuổi (nhất là sau tuổi 35), khả năng có con càng giảm. Trên thực tế, 8-10% cặp vợ chồng có liên quan đến vô sinh.

Bác sĩ Vương Thị Ngọc Lan, Phó chủ nhiệm khoa Hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh, cho biết, trong những cặp vợ chồng đến khám vô sinh tại đây, khoảng 30-40% trường hợp là do vợ, 10-30% do chồng, 15-30% do cả hai và khoảng 10% không rõ do ai.

Nguyên nhân gây vô sinh thường gặp ở người vợ là tổn thương vòi trứng, không có hiện tượng rụng trứng (hay rụng trứng không thường xuyên), lạc nội mạc tử cung. Với người chồng, nguyên nhân phổ biến nhất (chiếm 90% trường hợp) là bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng.

Các phương pháp điều trị vô sinh đã áp dụng thành công ở Việt Nam là:

- Theo dõi ngày rụng trứng và giao hợp xung quanh thời điểm đó: Áp dụng với những cặp vợ chồng trẻ mới phát hiện bị vô sinh, nguyên nhân chưa rõ ràng.

- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (thụ tinh nhân tạo): Tinh trùng được chọn lọc và bơm vào buồng tử cung người vợ cho những trường hợp vô sinh chưa rõ nguyên nhân, cổ tử cung bất thường.

- Kích thích buồng trứng.

- Thụ tinh trong ống nghiệm: Tinh trùng của người chồng và trứng của người vợ được thụ tinh trong phòng thí nghiệm, sau đó phôi được cấy vào tử cung người vợ. Áp dụng cho các trường hợp tắc và tổn thương vòi trứng, vô sinh không rõ nguyên nhân, bất thường tinh trùng nhẹ.

- Xin trứng, thụ tinh trong ống nghiệm: Tinh trùng của người chồng và trứng của người cho được thụ tinh trong ống nghiệm, sau đó được cấy vào tử cung người vợ. Áp dụng cho những người bị suy buồng trứng sớm, bị cắt 2 buồng trứng.

- Xin tinh trùng: Cho các trường hợp không có tinh trùng.

- Mang thai hộ: Tinh trùng của người chồng và trứng của người vợ được thụ tinh trong ống nghiệm, sau đó cấy phôi vào người mang thai hộ. Áp dụng cho những trường hợp người vợ không thể mang thai do bệnh lý, tử cung bị bất thường, dị dạng.

- ICSI và MESA ICSI: Áp dụng cho trường hợp người chồng không có tinh trùng trong tinh dịch do bị tắc nghẽn đường dẫn tinh. ICSI là phương pháp thụ tinh trong ống

nghiệm bằng cách tiêm tinh trùng vào bào tương trứng. Còn trong MESA ICSI, người chồng sẽ được mổ để lấy tinh trùng, đồng thời người vợ được chọc hút lấy trứng, sau đó thực hiện các thủ thuật thụ tinh trong ống nghiệm.

Bác sĩ Ngọc Lan cũng cho biết, khi điều trị vô sinh tại Bệnh viện Từ Dũ, bệnh nhân phải đóng viện phí trước ngày chọc hút trứng. Nếu thất bại trong chu kỳ điều trị, họ sẽ được giảm chi phí cho những lần sau. Giá cụ thể cho mỗi lần thực hiện là:

	Lần1 (triệu đồng)	Lần2(triệu đồng)
TTTÔN	7	4
ICSI	9	6
MESA ICSI	10	7

Bệnh nhân phải tự trả chi phí thuốc men, siêu âm và các xét nghiệm khác trong suốt quá trình điều trị.

Châm cứu có thể giúp các cặp vô sinh sớm có con.

Nghiên cứu của Đức cho thấy, bổ sung châm cứu vào chương trình điều trị của những phụ nữ cần thụ tinh trong ống nghiệm có thể làm tăng cơ hội mang bầu của họ.

Các nhà khoa học tại Viện Christian Lauritzen (Đức) đã tiến hành nghiên cứu trên 160 phụ nữ muốn sinh con bằng

phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, ở độ tuổi trung bình là 32. Họ đã từng làm thụ tinh trong ống nghiệm 2 lần. Các phụ nữ này được chia đều thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: Được châm cứu.
- Nhóm 2: Không được châm cứu.

Việc châm cứu thực hiện 25 phút trước và sau khi đưa phôi vào tử cung, nhằm làm tăng luồng máu và năng lượng tới tử cung, đồng thời tạo hiệu quả an thần và ổn định hệ miễn dịch. Kết quả cho thấy 42,5% phụ nữ của nhóm 1 đã mang bầu so với 26,3% của nhóm 2.

Hiện còn chưa rõ cơ chế tác động của châm cứu tới việc tăng tỷ lệ mang thai. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu cho rằng, kích thích vào các điểm châm cứu được chọn có thể đã làm giảm co thắt tử cung (hiện tượng hay gặp khi chuyển phôi vào tử cung, gây trở ngại cho việc cấy phôi). Nghiên cứu được đăng trên tạp chí Sinh sản và Vô sinh của Mỹ.

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NHƯ THẾ NÀO?

Cho người vợ

Gây phóng noãn: Khi cần kích thích phóng noãn, có thể dùng :

- HCG, là thuốc kích thích trực tiếp buồng trứng.
- Clomiphene citrate: có tác dụng trên vùng dưới đồi, gây tăng tiết FSH và LH làm phóng noãn.

Giải quyết tắc cơ học ở vòi trứng.

Nguyên nhân nội tiết: Thiếu estrogen.

Khi có viêm nhiễm đường sinh dục, phải điều trị.

Cho người chồng

Liệt dương :

- Do nguyên nhân thần kinh, tâm lý : dùng thuốc an thần và kích thích thần kinh, sinh tố B1, B12, châm cứu, tự rèn luyện tạo những phản xạ mới về hoạt động sinh lý sinh dục.

- Do thiếu năng tinh hoàn, có thể dùng Testosterone kết hợp với sinh tố E liều cao, kết hợp với những tạo luyện tạo những phản xạ tốt. Nếu có viêm tuyến tiền liệt, viên túi tinh thì cho kháng sinh toàn thân, có thể kết hợp với corticosteroids.

Những trường hợp không có tinh trùng :

Cần chụp đường dẫn tinh, sinh thiết tinh hoàn để xác định nguyên nhân do tắc đường dẫn tinh hay do chế tiết.

Nếu tắc đường dẫn tinh cần xác định do viêm lao, giang mai. Cần điều trị nội khoa đúng nguyên nhân, sau đó, phẫu thuật làm thông đường dẫn tinh khi cần. Nếu do chế tiết, teo các ống sinh tinh sau biến chứng quai bị, điều trị thường khó hy vọng, nhưng do thiếu năng nội tiết thì cho điều trị bằng Tesosteron, sinh tố E, HCG. Tiên lượng khá hơn.

Ít tinh trùng

Cần xem khả năng chế tiết của tinh hoàn, ống sinh tinh, xem khả năng sinh sản tinh trùng. Có khi vẫn có khả năng sinh tinh trùng nhưng kém, kèm theo tắc bán phần các ống dẫn tinh, điều trị giống như không có tinh trùng nhưng tiên lượng tốt hơn nhiều. Những tinh trùng yếu, hoặc số lượng tinh trùng chưa đủ nhiều.

Cần lưu ý tình trạng nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa và những sự độc hại do hóa chất, tia xạ, độc chất (nghiện rượu, ma túy) hoặc tình trạng giãn tĩnh mạch tĩnh gây ứ trệ tuần hoàn, thiếu đường khí. Cần được điều trị và giải quyết theo từng nguyên nhân riêng biệt.

Lạc tinh hoàn

Cần phẫu thuật càng sớm càng tốt, không những để điều trị vô sinh mà còn phòng ung thư tinh hoàn.

Vấn đề thụ tinh nhân tạo

Được đặt ra sau khi đã tìm rõ nguyên nhân vô sinh :

-Thuộc về phía người chồng (liệt dương, hoặc không có tinh trùng)

- Thuộc về người vợ (cổ tử cung hơi hẹp nhưng các điều kiện khác đảm bảo cho sự thụ thai thuộc về phía người vợ bình thường hoặc đã điều trị có kết quả)

THUỐC ĐIỀU TRỊ VÔ SINH KHÔNG GÂY UNG THƯ BUỒNG TRÚNG

Các nhà khoa học Mỹ đã làm sáng tỏ vấn đề gây tranh cãi suốt một thập kỷ qua: Nghiên cứu trên quy mô lớn nhất từ trước tới nay phù nhận bất cứ mối liên hệ nào giữa thuốc điều trị vô sinh và ung thư buồng trứng. Theo họ, chính nguyên nhân gây vô sinh như lạc nội mạc tử cung mới là thủ phạm làm tăng nguy cơ này.

Các nghiên cứu trước đây thường cho kết quả trái ngược về mối liên hệ giữa vô sinh, thuốc điều trị vô sinh và nguy cơ ung thư buồng trứng. Tiến sĩ Roberta Ness, chuyên gia dịch tễ học tại Đại học Tổng hợp Pittsburgh, và đồng sự đã tiến hành phân tích 7 nghiên cứu trên gần 13.000 phụ nữ. Kết quả cho thấy:

- Ở những phụ nữ tìm cách có con trong vòng hơn 5 năm, nguy cơ ung thư buồng trứng tăng gấp 3 lần so với những người tìm cách có con trong vòng dưới 1 năm.

- Nguy cơ ung thư buồng trứng là như nhau ở những người dùng thuốc điều trị vô sinh và những người không dùng thuốc.

- Không có mối liên hệ giữa ung thư buồng trứng và một số nguyên nhân của vô sinh như bất thường về rụng trứng và kinh nguyệt, nang buồng trứng và tắc ống dẫn trứng.

- Nguy cơ ung thư buồng trứng tăng 2 lần ở những người bị lạc nội mạc tử cung hay vô sinh không rõ nguyên nhân, so với những người bị vô sinh vì các lý do khác.

Lạc nội mạc tử cung xuất hiện khi mô bao phủ bề mặt bên trong của tử cung mọc lên ở những vùng khác như buồng trứng, ống dẫn trứng, bàng quang. Bệnh lý này gây đau dữ dội ở một số phụ nữ và khiến họ bị vô sinh.

Tiến sĩ Ness cho rằng quá trình viêm xuất hiện trong lạc nội mạc tử cung chính là nguyên nhân làm tăng nguy cơ ung thư buồng trứng. Nghiên cứu sẽ được đăng trên Tạp chí Dịch tễ học của Mỹ số ra ngày 1/2.

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH BẰNG VITAMIN B2

Một nghiên cứu mới đây của Israel cho thấy phụ nữ thiếu vitamin B12 có nguy cơ bị vô sinh hay sảy thai liên tiếp. Đa số họ đã có thai và sinh con bình thường sau khi được điều trị bằng vitamin này.

Trong nghiên cứu của mình, bác sĩ Michael Benett, Trung tâm Y khoa Ha'Emeck, ở Afula (Israel), đã mô tả 14 trường hợp phụ nữ bị vô sinh hay sảy thai nhiều lần do thiếu vitamin B12, một loại bệnh lý hiếm gặp.

B12 đóng vai trò then chốt đối với hệ thần kinh và sự phát triển của mô mới cũng như quá trình rụng trứng. Phụ nữ thiếu vitamin này có thể không rụng trứng hoặc nếu có thì trứng được thụ tinh lại không thể phát triển, dẫn đến sảy thai.

Nghiên cứu trên 14 phụ nữ này cho thấy, sau khi được bổ sung vitamin B12, 10 người đã mang thai, trong đó 6 người gần như đã có thai ngay lập tức. Một phụ nữ, bị sảy thai 7 lần trước khi được bác sĩ phát hiện thiếu B12, đã sinh 3 con sau khi được điều trị.

Theo ông Bennett, việc bổ sung B12 bị thiếu hụt sẽ giúp người phụ nữ nhanh chóng có thai một cách bình thường. Theo ông, đây là một minh chứng hùng hồn cho sự cần thiết phải kiểm tra nồng độ vitamin B12 ở các bệnh nhân bị vô sinh hoặc sảy thai nhiều lần.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HIỆM MUỘN VÀ THÔNG DỤNG NHẤT

Các phương pháp điều trị hiếm muộn hiện nay ở Việt Nam

Hiện nay việc điều trị hiếm muộn ở Việt Nam phát triển nhanh so với trước đây. Các phương pháp được áp dụng bao gồm:

- Hướng dẫn cách theo dõi thời gian rụng trứng và giao hợp đúng thời điểm rụng trứng.

- Kích thích buồng trứng bằng thuốc để làm cho có trứng rụng (đối với trường hợp không rụng trứng) hoặc làm tăng số trứng rụng (bình thường mỗi tháng chỉ có một trứng) để tăng khả năng có thai.

- Bơm tinh trùng đã lọc, rửa vào buồng tử cung - IUI (hay còn gọi là thụ tinh nhân tạo), phương pháp này thường kết hợp với dùng thuốc kích thích buồng trứng (thực hiện ở Việt Nam từ năm 1995).

Thụ tinh trong ống nghiệm – IVF (khác với thụ tinh nhân tạo) chủ yếu cho những người bị tắc 2 vòi trứng (từ năm 1997)

- Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng – ICSI: cho những người tinh trùng quá yếu và quá ít (từ năm 1998)...

Khả năng thành công của thụ tinh trong ống nghiệm là bao nhiêu?

Khi nói về khả năng thành công khi điều trị hiếm muộn, bạn cần nhớ rằng trong mỗi chu kỳ kinh (khoảng 1

tháng), một cặp vợ chồng hoàn toàn bình thường chỉ có khả năng có thai là 20-25% nếu không ngừa thai. Người ta thấy rằng khoảng 80-90% các cặp vợ chồng bình thường có thai trong vòng một năm (khoảng 12 chu kỳ kinh).

Điều trị hiếm muộn là giúp phục hồi khả năng có thai bình thường của một cặp vợ chồng khi có vấn đề bất thường. Do đó, tỉ lệ thành công trong mỗi lần điều trị (mỗi chu kỳ) thường không quá 25%. Vì thế thường đa số các cặp vợ chồng điều trị hiếm muộn có thai sau nhiều chu kỳ điều trị (thường là 3)

Tỷ lệ thành công của thụ tinh trong ống nghiệm là bao nhiêu?

Như đã nói trên, tỷ lệ thành công khi điều trị hiếm muộn, nói chung là vào khoảng 25%. Tuy nhiên, trong thụ tinh trong ống nghiệm, người ta thường chuyển nhiều phôi (trung bình 3 phôi) vào buồng tử cung sau khi nuôi cấy bên ngoài cơ thể, nên có thể tăng tỷ lệ thành công lên 25% cho mỗi lần điều trị (nếu chuyển 1 phôi, tỉ lệ có thai thường không quá 15%).

Tỉ lệ có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm còn thay đổi tùy kinh nghiệm của từng trung tâm, tùy đối tượng bệnh nhân điều trị. Ví dụ: các trung tâm nhận bệnh nhân trẻ tuổi (dưới 35) thường có tỉ lệ thành công cao hơn, các trung tâm nhận bệnh nhân trên 40 tuổi thường có tỉ lệ có thai thấp hơn.

Ở bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ, trong năm 2000, tỉ lệ có thai lâm sàng (khi siêu âm thấy túi thai trong tử cung) sau khi chuyển phôi là khoảng 35%. Tỉ lệ này tương đương với mức trung bình của các nước phát triển.

Điều trị hiếm muộn có gì nguy hiểm không?

Nói chung, việc điều trị hiếm muộn là tương đối an toàn, ít biến chứng nặng. Biến chứng thường gặp nhất là “quá kích buồng trứng” sau khi dùng thuốc kích thích buồng trứng. Ngoài ra có thể có một số biến chứng khác ít gặp như đa thai, chảy máu (khi chọc hút trứng) hoặc nhiễm trùng ...

Quá kích buồng trứng là gì?

Quá kích buồng trứng là một tác dụng phụ khi sử dụng các thuốc kích thích buồng trứng. Trong quá kích buồng trứng, hai buồng trứng thường lớn lên nhiều kèm có dịch do buồng trứng tiết ra. Khi bị quá kích buồng trứng bạn có thể thấy bụng hơi căng, đau, kèm với buồn nôn, nôn, đôi khi có tiêu chảy. Hầu hết các trường hợp này đều tự khỏi hoàn toàn sau 2 đến 3 tuần, không cần phải nhập viện. Một số ít trường hợp nặng (khoảng 1%) cần phải nhập viện điều trị.

Đa thai

Đa thai là trường hợp có nhiều hơn một thai trong tử cung. Đa thai là tình trạng thường gặp khi điều trị hiếm muộn có sử dụng thuốc kích thích buồng trứng. Bình thường trên 80% người có thai sau điều trị hiếm muộn chỉ có 1 thai, khoảng 20% sẽ có đa thai (chủ yếu là song thai).

Trong thụ tinh trong ống nghiệm, theo nhiều thống kê trên thế giới, khoảng 25% người có thai sẽ có đa thai, trong đó khoảng 20% song thai và dưới 5% là 3-4 thai.

Sử dụng thuốc kích thích buồng trứng có làm tăng nguy cơ bị ung thư buồng trứng không?

Không. Cho đến nay chưa có nghiên cứu dịch tễ nào

cho thấy thuốc kích thích buồng trứng có liên quan đến ung thư buồng trứng.

Tuy nhiên, người ta thấy rằng phụ nữ bị hiếm muộn, vô sinh có nguy cơ ung thư buồng trứng cao hơn người có thai. Khi có thai, nguy cơ ung thư buồng trứng sẽ giảm khoảng 25%.

Các em bé sinh ra do điều trị hiếm muộn có hay bị bất thường không?

Không. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tỉ lệ dị tật ở các em bé sinh ra do điều trị hiếm muộn tương đương với các em bé sinh ra bình thường. Bạn cần biết rằng, bình thường các bé sinh ra có tỉ lệ bị dị tật khoảng 1%.

Toàn bộ qui trình thụ tinh trong ống nghiệm kéo dài bao lâu?

- Tổng cộng khoảng 6-8 tuần, kể từ khi bắt đầu tiêm thuốc.
- Đầu tiên, bạn sẽ được tiêm thuốc để ức chế nội tiết trong cơ thể trong vòng 2-3 tuần.

- Sau khi nội tiết trong cơ thể đã được ức chế (kiểm tra bằng xét nghiệm máu), bạn sẽ bắt đầu tiêm thuốc kích thích buồng trứng. Trung bình bạn cần phải tiêm và theo dõi bằng siêu âm và xét nghiệm máu trong khoảng 12 ngày.

- 36 giờ (1,5 ngày) sau khi tiêm mũi thuốc cuối (HOG) bạn sẽ được chọc hút trứng. Trứng chọc hút được của người vợ và tinh trùng lấy từ người chồng (ngay sau chọc hút trứng) sẽ được cấy trong phòng nuôi cấy phôi.

- 2-3 ngày sau, phôi sẽ được chọn lọc để chuyển vào buồng tử cung cho bạn. Sau đó bạn sẽ được cho thêm thuốc và đặt thuốc để giúp cho tử cung dễ đậu thai.

- 2 tuần sau chuyển phôi, bạn đến bệnh viện để thử thai (xét nghiệm máu). Nếu thử thai dương tính, bạn sẽ trở lại bệnh viện 3 tuần sau đó để siêu âm thai.

Ngoài ra, bạn cần phải hoàn tất hồ sơ và các xét nghiệm cần thiết trước khi bắt đầu quy trình thụ tinh trong ống nghiệm. Do nhiều xét nghiệm phải phụ thuộc vào ngày kinh của bạn, nên trung bình bạn phải mất 1-2 tháng để hoàn tất hồ sơ.

Nói chung, do tính chất của điều trị hiếm muộn, bạn phải mất nhiều thời gian khi điều trị.

Thai ngoài tử cung

Bình thường, thai đậu bên trong buồng tử cung. Nếu thai đậu ở vị trí bất thường bên ngoài tử cung thì gọi là thai ngoài tử cung. Các thai này sẽ bị sảy. Khi thai ngoài tử cung sảy, có thể gây chảy máu trong bụng rất nhiều, nguy hiểm đến tính mạng, do đó cần phải mổ để lấy đi khối thai sảy. Khoảng 1% trường hợp mang thai bị thai ngoài tử cung. Thai ngoài tử cung thường do vòi trứng bị dính, tổn thương do viêm nhiễm...

Sau điều trị vô sinh, có thể bị thai ngoài tử cung, nếu hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng, tỉ lệ thai ngoài tử cung khi có thai cao hơn bình thường.

Theo dõi giao hợp quanh ngày rụng trứng là như thế nào?

Để tăng khả năng có thai, nhân viên y tế thường khuyên bạn theo dõi giao hợp quanh ngày rụng trứng. Quanh thời điểm rụng trứng là lúc người phụ nữ dễ có thai nhất. Có nhiều cách xác định thời điểm rụng trứng:

- Nếu bạn có chu kỳ kinh thật đều, 28 ngày 1 lần, thì ngày rụng trứng thường là ngày thứ 14 kể từ ngày bắt đầu hành kinh.

- Theo dõi nhiệt độ mỗi sáng từ ngày bắt đầu có kinh. Sau khi rụng trứng nhiệt độ cơ thể bạn sẽ tăng khoảng $0,5^{\circ}\text{C}$. Thử nước tiểu 12 giờ/lần khoảng 2 ngày trước thời điểm nghi ngờ rụng trứng. Trứng thường rụng trong vòng một ngày sau khi test dương tính.

- Nếu có kích thích buồng trứng, rụng trứng thường xảy ra 36 giờ sau khi tiêm thuốc HCG (Prygnyl, Profasi).

Tinh trùng có thể sống được trong cơ thể phụ nữ sau 3-4 ngày, trong khi trứng chỉ có khả năng thụ tinh trong vòng 24 giờ sau khi rụng trứng. Do đó, bạn nên giao hợp cách ngày 1 lần, từ 3-4 ngày trước thời điểm nghi ngờ rụng trứng cho đến 1 đến 2 ngày sau khi xác định có rụng trứng.

Khi nào cần bơm tinh trùng vào buồng tử cung (thụ tinh nhân tạo) và khi nào phải thụ tinh trong ống nghiệm?

Thụ tinh nhân tạo là chọn lọc các tinh trùng tốt từ người chồng, sau đó bơm thẳng tinh trùng vào tử cung người vợ. Trong trường hợp này người vợ phải có ít nhất 1 trong 2 vòi trứng thông tốt và có trứng rụng. Thụ tinh nhân tạo (bơm tinh trùng) thường được áp dụng trong các trường hợp sau:

- Sau giao hợp tinh trùng không đi qua cổ tử cung được (thường do bất thường ở cổ tử cung).

- Hiếm muộn không rõ nguyên nhân.

- Hiếm muộn do nam: tinh trùng bị bất thường nhẹ về số lượng và chất lượng, có kháng thể kháng tinh trùng.

- Vợ chồng không thể giao hợp bình thường được, có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Thụ tinh trong ống nghiệm thường được áp dụng cho các trường hợp bị tắc vòi trứng hay vòi trứng thông yếu. Trong trường hợp này, tinh trùng và trứng không thể gặp nhau trong cơ thể người phụ nữ do đường đi để tinh trùng và trứng gặp nhau bị tắc. Người ta phải chọc hút trứng ra bên ngoài, cho tinh trùng và trứng gặp nhau và thụ tinh bên ngoài cơ thể, gọi là thụ tinh trong ống nghiệm. Sau đó người ta bơm phôi có được vào trở lại buồng tử cung. Phôi sẽ bám vào tử cung và phát triển thành thai như bình thường.

Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) là gì?

Kỹ thuật này được áp dụng cho những người có tinh trùng ít, yếu. ICSI được thực hiện tương tự như thụ tinh trong ống nghiệm, chỉ khác là thay vì cho trứng và tinh trùng tự thụ tinh trong ống nghiệm, ta dùng một kim thủy tinh thật nhỏ (đường kính từ 5-6 mm) để tiêm một tinh trùng vào mỗi trứng. Thao tác này rất tinh vi, phải thực hiện dưới kính hiển vi với độ phóng đại 200-300 lần. ICSI hiện nay là kỹ thuật hỗ trợ sinh sản phổ biến nhất tại các trung tâm điều trị vô sinh lớn trên thế giới. Kỹ thuật này thành công đầu tiên tại Bỉ vào năm 1992. Năm 1998, bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ đã thực hiện thành công trường hợp ICSI đầu tiên. Hiện nay kỹ thuật này được áp dụng thường qui tại bệnh viện Từ Dũ để điều trị cho các trường hợp hiếm muộn nam do tinh trùng quá ít và yếu.

BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

Điều trị vô sinh chưa rõ nguyên nhân bằng kỹ thuật IUI.

IUI với vô sinh chưa rõ nguyên nhân

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là một thủ thuật đã được sử dụng từ lâu trong điều trị vô sinh. Với những cải tiến liên tục trong thời gian gần đây, thủ thuật này ngày càng an toàn và được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm điều trị vô sinh trong cả nước.

Để điều trị bằng kỹ thuật IUI, bệnh nhân phải có buồng trứng còn hoạt động, tối thiểu một ống dẫn trứng còn chức năng và tinh trùng chồng không quá yếu. Thêm vào đó, việc kích thích buồng trứng để tăng số lượng nang noãn phát triển cũng có khả năng giúp tăng tỉ lệ có thai do tăng số nang noãn phát triển, tăng số trứng thụ tinh và tăng khả năng có phôi làm tổ. Trong tất cả các nhóm bệnh nhân khám và điều trị vô sinh, nhóm vô sinh chưa rõ nguyên nhân là nhóm phù hợp nhất với các điều kiện của kỹ thuật IUI.

Kết quả

Tổng cộng có 432 bệnh nhân vô sinh chưa rõ nguyên nhân, được thực hiện 511 chu kỳ điều trị trong 2 năm 2000 và 2001 được tổng kết. Tuổi trung bình của vợ là 29,36 và của chồng là 32,70. Thời gian vô sinh trung bình khoảng 3,54 năm.

Kết quả cho thấy bệnh nhân vô sinh chưa rõ nguyên nhân đáp ứng tốt với kỹ thuật điều trị bơm tinh trùng vào

buồng tử cung (xem bảng 1). So với chỉ 2,2% có thai tự nhiên và khoảng 30-40% có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm thì tỉ lệ 31,3% có thai sau IUI thực sự nói lên vai trò của kỹ thuật trong nhóm nguyên nhân này. Đây là tỉ lệ thành công khá cao so với các nghiên cứu khác với tỷ lệ từ 8,3% đến 26% khi kích thích buồng trứng bằng Clomiphene Citrate và từ 9% đến 33% khi dùng gonadotropin. Cũng cần lưu ý là nghiên cứu này không khảo sát sâu về nhóm nguyên nhân do cổ tử cung. Tỷ lệ nguyên nhân này, nếu có, chiếm khoảng 5% trong toàn bộ nguyên nhân gây vô sinh được ghi nhận trong y văn.

Trong nghiên cứu này, 42 trường hợp nội mạc dưới 7 mm đều nằm trong nhóm có dùng Clomiphene Citrate (dùng đơn thuần hoặc dùng kèm với gonadotropin). Clomiphene Citrate đã được báo cáo có tác dụng kháng estrogen trên nội mạc tử cung, do vậy cần lưu ý tác dụng này của thuốc trong quá trình điều trị cho từng bệnh nhân riêng biệt.

Loại vô sinh cũng như thời gian vô sinh liên quan đến tỷ lệ có thai

Vô sinh càng lâu càng khó có thai và vô sinh thứ phát khó có thai hơn vô sinh nguyên phát, dù đều không tìm ra nguyên nhân trên những khảo sát ban đầu.

Tuy không tương quan rõ rệt nhưng khả năng thành công dường như càng giảm khi điều trị nhiều chu kỳ. Một mặt, tuổi bệnh nhân ngày càng tăng, dự trữ buồng trứng càng giảm; mặt khác cơ chế chọn lọc khiến những bệnh nhân này có tỉ lệ thành công giảm hơn những bệnh nhân khác. Do vậy, mặc dù nhóm bệnh nhân vô sinh chưa rõ nguyên nhân là nhóm đáp

ứng tốt với kỹ thuật IUI, cần lưu ý trong điều trị để sớm chuyển sang biện pháp khác hữu hiệu hơn (thụ tinh trong ống nghiệm, tiêm tinh trùng vào bào tương trứng) khi khả năng điều trị của IUI đã giảm nhiều (sau 4-6 chu kỳ IUI).

Kết luận

Vô sinh chưa rõ nguyên nhân là nhóm nguyên nhân đáp ứng tốt với kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Bệnh nhân vô sinh nguyên phát với thời gian vô sinh ngắn có tỷ lệ thành công cao so với các bệnh nhân khác. Đáp ứng kém của nội mạc tử cung tương ứng với giảm khả năng có thai, tình trạng này có thể có liên quan đến dùng Clomiphene Citrate. Với bệnh nhân đã thất bại trong những chu kỳ trước, cần lưu ý để chuyển sang chế độ điều trị khác phù hợp hơn

Bảng 1: Kết quả có thai sau 2 năm với IUI cho vô sinh chưa rõ nguyên nhân

	Tần số	%
Có thai sau IUI	160	31,3
Sảy thai	3	0,6
Đa thai	2	0,4
Kết quả trung bình	1	0,2
Thai tự nhiên	11	2,2
Tổng số	511	100,0

IUI: bơm tinh trùng vào buồng tử cung
CRNN: chưa rõ nguyên nhân

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung là gì và thực hiện như thế nào?

Là phương pháp dùng một ống thông nhỏ, bên trong có chứa tinh trùng đã lọc rửa, chọn lọc, đưa qua cổ tử cung và bơm trực tiếp vào buồng tử cung. Quá trình thực hiện rất nhanh (khoảng 2-5 phút) và thường không gây đau đối với người bệnh.

Khi nào IUI là tốt nhất?

Thời điểm tốt nhất là trước hoặc sau rụng trứng 6 giờ. Thời gian IUI tùy thuộc vào thời điểm cho HCG (thuốc gây rụng trứng). IUI thường thực hiện 2 lần sau khi cho HCG 24 và 48 giờ, hoặc 1 lần vào 34-36 giờ.

Tỉ lệ thành công của phương pháp IUI thế nào?

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ có thai của phương pháp IUI thay đổi tùy vào từng trung tâm, khoảng từ 6-26%. Tỉ lệ thành công tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: chỉ định điều trị, nguyên nhân vô sinh, số lượng nang noãn, nang noãn càng nhiều thì tỉ lệ thành công càng cao, số lượng tinh trùng di động cao khả năng thành công cao hơn. Riêng tại khoa Hiếm Muộn bệnh viện Phụ sản Từ Dũ, tỉ lệ có thai khi áp dụng phương pháp này là 20%.

Tinh trùng sau lọc rửa có thể sống bao lâu?

Tinh trùng có thể sống và có khả năng thụ tinh tốt khoảng 24 giờ. Tuy nhiên, có những nghiên cứu cho thấy tinh trùng có thể sống 2-4 ngày trong đường sinh dục nữ.

Có phải nằm sau IUI hay không?

Nên nằm nghỉ một thời gian ngắn sau khi bơm tinh trùng. Thời gian nằm nghỉ sau IUI khoảng 15 phút là đủ.

Có cần nghỉ ngơi những ngày sau IUI không?

Hầu như không cần, trừ khi bạn cảm thấy căng tức bụng hoặc cảm thấy không khỏe, bạn có thể nghỉ ngơi một thời gian. Nhiều bác sĩ khuyên người bệnh nên giảm hoạt động thể thao và tránh làm nặng trong giai đoạn hoàng thể với hy vọng sẽ tăng khả năng có thai, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chứng minh điều đó là hoàn toàn cần thiết.

Kiêng giao hợp bao lâu trước khi IUI?

Thời gian kiêng giao hợp tốt nhất là từ 3-5 ngày là khoảng thời gian tốt nhất về khả năng sống và di động của tinh trùng.

Có nên giao hợp sau IUI không?

Có hay không giao hợp cũng được vì không làm tăng tỉ lệ có thai. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có ra huyết do khi thực hiện thủ thuật thì thường nên đợi khoảng 48 giờ sau hăng giao hợp.

Tinh trùng có thể chảy ra ngoài sau khi IUI không?

Nếu cô đặc tinh trùng ở 1 thể tích nhỏ ($<0.5\text{ml}$) tinh trùng đã được bơm vào trong buồng tử cung thường không chảy ngược ra ngoài. Tuy nhiên, người bệnh có cảm giác ướt ở âm đạo sau khi IUI là có thể do dịch nhầy ở cổ tử cung bị chảy ra ngoài hoặc do nước muối sinh lý dùng lau rửa âm đạo và cổ tử cung.

Tỉ lệ có thai cao nhất khi số nang noãn là bao nhiêu?

Trung bình số nang noãn lý tưởng để đạt tỉ lệ có thai cao nhất là từ 3-4 nang. Nếu số nang nhiều hơn nữa có thể sẽ tăng tỉ lệ có thai nhưng tỉ lệ đa thai cũng tăng theo.

Có nên IUI khi tinh trùng bình thường không?

Một số chu kỳ điều trị bằng Clomiphene Citrate sẽ làm giảm chất nhầy ở cổ tử cung. IUI sẽ làm tăng khả năng có thai ở những trường hợp trên. Hơn nữa cũng nên thực hiện IUI ở các cặp vợ chồng không có những bất thường về tinh dịch đồ nhưng đã giao hợp một thời gian dài vẫn không có thai.

Nên IUI mấy lần trước khi chuyển sang kích thích buồng trứng để thụ tinh trong ống nghiệm:

Tùy vào từng trường hợp vô sinh của các cặp vợ chồng, nguyên nhân vô sinh, tuổi người bệnh, cũng như điều kiện kinh tế. Tuy nhiên nếu sau 3 chu kỳ IUI với số lượng nang noãn tốt, chất lượng tinh trùng tốt và kỹ thuật bơm tinh trùng đảm bảo mà vẫn không có thai, thì nên chuyển sang kích thích buồng trứng để thụ tinh trong ống nghiệm .

Tại sao cần lọc rửa tinh trùng trước khi IUI mà không bơm tinh trùng tươi?

Lọc rửa tinh trùng nhằm loại bỏ tinh dịch, loại bỏ phần lớn nguy cơ nhiễm trùng. Lựa chọn những tinh trùng tốt trong 1 thể tích nhỏ để IUI. Ngoài ra giúp loại bỏ những tinh trùng chết, phần lớn các chất độc với tinh trùng và tránh nguy cơ sốc phản vệ xảy ra khi bơm tinh dịch vào buồng tử cung.

Có chảy máu sau IUI không?

Phần lớn là không. Tuy nhiên có nhiều trường hợp ra máu rất ít sau IUI là do quá trình thực hiện, cổ tử cung bị tổn thương hay ở một số ít phụ nữ sau khi rụng trứng sẽ gây tình trạng ra huyết nhẹ.

Lấy tinh trùng để IUI như thế nào?

Có thể lấy tinh trùng bằng tay tại nhà hay trong bệnh viện. Tuy nhiên, nếu lấy tại nhà nên mang đến bệnh viện trong vòng 30-60 phút.

Khi nào biết có thai sau IUI?

Hai tuần sau IUI nên thử máu hoặc nước tiểu xem có thai hay không. Nếu kết quả cho thấy có thai, người bệnh sẽ được siêu âm 2-3 tuần sau đó để khẳng định chắc chắn có thai hay không.

Các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị vô sinh bằng phương pháp IUI

Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là một kỹ thuật quan trọng trong điều trị vô sinh tại Việt Nam vì các lý do: đơn giản, rẻ tiền, dễ áp dụng, ít tai biến. Vì vậy, hỗ trợ sinh sản bằng kỹ thuật IUI là phương pháp có thể áp dụng rộng rãi cho hầu hết các cặp vợ chồng hiếm muộn-vô sinh có thu nhập thấp tại Việt Nam trước khi quyết định làm thụ tinh ống nghiệm.

Theo báo cáo trên thế giới tỷ lệ thành công IUI khoảng 8-22%. Nghiên cứu tại khoa Hiếm muộn bệnh viện Từ Dũ năm 2002, tỷ lệ thành công khoảng 20-21%. Tỷ lệ thành công này phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

Tuổi người phụ nữ:

Khả năng sinh sản của người phụ nữ giảm dần theo độ tuổi, theo sinh lý sinh sản, khả năng mang thai của phụ nữ cao nhất trong khoảng 20 – 30 tuổi, sau đó khả năng sinh sản giảm dần. đặc biệt sau 45 tuổi tỷ lệ có thai khoảng 4,1%. Ngoài ra,

các tai biến khi mang thai và sinh đẻ tăng cao hơn, tỷ lệ sảy thai và trẻ sinh ra bị dị tật cao hơn hẳn ở những phụ nữ trên 40 tuổi. Người ta thấy rằng khả năng có thai giảm và tỷ lệ bất thường của trẻ tăng ở những phụ nữ lớn tuổi chủ yếu là do sự suy giảm chức năng của buồng trứng theo thời gian.

Nghiên cứu kết quả điều trị bằng phương pháp IUI tại khoa Hiếm Muộn Từ Dũ năm 2001 cho thấy, tỷ lệ có thai cao nhất ở những người dưới 25 tuổi 24% và giảm còn 3,8% ở những người trên 40 tuổi (sức khỏe sinh sản số 2 năm 2002).

Do đó, để tiết kiệm kinh phí, thời gian và tâm huyết của các cặp vợ chồng, các bác sĩ chuyên khoa về Hiếm muộn - vô sinh nên tham vấn khả năng thành công thấp đối với những cặp vợ chồng trên 40 tuổi, đồng thời nên lựa chọn phương pháp hỗ trợ sinh sản khác cho tỷ lệ thành công cao hơn.

Thời gian vô sinh

Vô sinh hay hiếm muộn là tình trạng một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản, sống chung với nhau và không áp dụng một biện pháp tránh thai nào vẫn không có con sau một năm nếu vợ từ 35 tuổi trở xuống hoặc sau 6 tháng nếu trên 35 tuổi.

Nghiên cứu của Brzechffa cho thấy thời gian hiếm muộn vô sinh càng lâu thì khả năng điều trị IUI càng giảm, cao nhất khi thời gian vô sinh dưới 2 năm và giảm một cách rõ rệt sau 6 năm chung sống vẫn chưa có con. Vì vậy, các cặp vợ chồng sau một năm chung sống không áp dụng biện pháp ngừa thai vẫn chưa có con, nên đến bác sĩ chuyên khoa về hiếm muộn-vô sinh để được chẩn đoán và điều trị.

Bệnh lý lạc nội mạc tử cung

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý tuy không nguy hiểm nhưng có thể đưa đến tình trạng vô sinh cho người bệnh vì lạc nội mạc tử cung gây tổn thương vòi trứng, phá huỷ nhu mô buồng trứng, viêm dính vùng chậu. Vì vậy lạc nội mạc tử cung thường có tiên lượng điều trị thấp. Một số tác giả cho rằng tỷ lệ có thai sau IUI là 6,5% ở những người bị lạc nội mạc tử cung, trong khi những phụ nữ chưa từng bị bệnh lý này là 16%. Như vậy thụ tinh trong ống nghiệm là lựa chọn ưu tiên ở những bệnh nhân lạc nội mạc tử cung.

Phác đồ kích thích buồng trứng, số lượng nang noãn và độ dày nội mạc tử cung.

Chất lượng nang noãn cũng như độ dày nội mạc tử cung giữ vai trò rất quan trọng, điều này có liên hệ mật thiết với thuốc được sử dụng để kích thích buồng trứng. Nghiên cứu tại bệnh viện Từ Dũ năm 2002, tỷ lệ thành công dao động 8-26% khi tiến hành kích thích buồng trứng bằng Clomiphene Citrate và 9-33% khi sử dụng FSH tái tổ hợp.

Ngoài ra, số lượng nang noãn trưởng thành vào ngày cho HCG (kích thích rụng trứng) cũng có liên quan đặc biệt đến tỷ lệ thành công của phương pháp IUI, tỷ lệ có thai cao nhất khi có từ 3 nang noãn trưởng thành trở lên vào ngày cho HCG và thấp nhất khi chỉ có 1 nang noãn trưởng thành.

Đặc biệt, nội mạc tử cung là một trong những yếu tố quan trọng nhất quyết định khả năng làm tổ của phôi, tỷ lệ thành công giảm hẳn khi nội mạc tử cung dưới 7 mm và hầu như không có trường hợp có thai nào khi nội mạc tử cung dưới 6 mm.

Chất lượng tinh trùng

Phương pháp IUI được áp dụng từ những năm 1957, nhưng tiêu chuẩn về chất lượng tinh trùng trước khi tiến hành IUI vẫn chưa được xác định rõ. Trong nghiên cứu của Calleri LF tiến hành năm 2001 xác định khả năng có thai chỉ có thể có khi mật độ tinh trùng từ 10 triệu đến 20 triệu. Ngoài mật độ tinh trùng, độ di động của tinh trùng cũng góp phần không kém vào kết quả thành công của IUI. Theo Richard P. Dickey, tỉ lệ tinh trùng di động trên 30% thì tỉ lệ thành công của IUI rất cao. Ngoài ra, ông còn nhận thấy nếu tỉ lệ tinh trùng di động dưới 17% thì tỉ lệ có thai rất thấp.

Phương pháp IUI thật sự có hiệu quả trong những trường hợp thiếu năng tinh trùng nhẹ với mật độ trên 20 triệu và tỷ lệ di động trên 30%; số tinh trùng di động sau lọc rửa trên 5 triệu. Đặc biệt, nghiên cứu trên thế giới cũng như tại khoa Hiếm Muộn Từ Dũ chưa có trường hợp nào có thai với tổng số tinh trùng di động trong mẫu sau lọc rửa dưới 1 triệu.

Tóm lại

Khả năng thành công của phương pháp IUI tùy thuộc vào nhiều yếu tố, tuổi người vợ, thời gian vô sinh, bệnh lý đi kèm, thuốc sử dụng, cũng như chất lượng tinh trùng của người chồng. Do đó, cần nắm rõ các yếu tố liên quan đến thành công của phương pháp can thiệp hầu giúp các cặp vợ chồng có được những thông tin cần thiết, cũng như lựa chọn giải pháp điều trị mang lại kết quả tối ưu nhất.

THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM MỘT SỐ NGUY CƠ THƯỜNG GẶP

Thụ tinh trong ống nghiệm hiện được xem là một phương pháp điều trị vô sinh có hiệu quả, đem lại hy vọng cho những cặp vợ chồng hiếm muộn. Một chu kì thụ tinh trong ống nghiệm thường bao gồm các bước sau: kích thích buồng trứng, chọc hút trứng, thụ tinh giữa trứng và tinh trùng, nuôi cấy phôi trong môi trường và chuyển phôi vào buồng tử cung. Tại bệnh viện Từ Dũ, hiện tỷ lệ có thai khoảng 30-35%. Tuy thụ tinh trong ống nghiệm thường được xem là một kỹ thuật tương đối an toàn, nhưng người phụ nữ khi tham gia vào chương trình thụ tinh trong ống nghiệm, vẫn có thể gặp một số nguy cơ như thất bại, quá kích buồng trứng, đa thai hay thai ngoài tử cung.

Thất bại

Tuy không ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, thất bại trong điều trị vô sinh có thể là một gánh nặng về mặt tâm lý cho người phụ nữ. Thất bại có thể xảy ra ở khâu kích thích buồng trứng, dẫn đến không có hoặc có ít nang. Thống kê cho thấy khi chỉ có 2-3 nang noãn phát triển, tỷ lệ thành công của chu kỳ đó rất thấp. Tình trạng này thường xuất hiện ở những người nữ lớn tuổi, lạc nội mạc tử cung, bất thường, nội tiết ... Trong trường hợp này, ở những chu kỳ sau, có thể tăng liều thuốc kích thích buồng trứng, hoặc thay đổi phác đồ điều trị. Trong một số trường hợp, xin trứng có thể là giải pháp cuối cùng.

Thất bại còn có thể do không có phôi dễ chuyển. Trong trường hợp này, nguyên nhân có thể là do thụ tinh bất thường hoặc không có thụ tinh. Ngoài ra, thụ tinh vẫn có thể xảy ra bình thường, phôi được hình thành nhưng ngưng phát triển. Không ít trường hợp sau chuyển phôi vẫn không có thai, vì thất bại trong quá trình làm tổ (phôi không bám được vào niêm mạc tử cung). Đối với những trường hợp này, hướng giải quyết có thể là thụ tinh bằng tiêm tinh trùng vào trứng (ICSI) hoặc tăng số lượng phôi chuyển. Nghiên cứu cho thấy đối với kỹ thuật ICSI, tỷ lệ trứng thụ tinh tăng cao hơn, đặc biệt trong những trường hợp chất lượng tinh trùng kém. Ngoài ra với những trường hợp liên tiếp thất bại, mà nguyên nhân thường được cho là do chất lượng của trứng, giải pháp cuối cùng là xin trứng từ những người còn trẻ.

Quá kích buồng trứng

Đây là tình trạng đáp ứng quá mức của buồng trứng với thuốc kích thích và là một trong những nguy cơ thường gặp nhất của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Phụ nữ với hội chứng buồng trứng đa nang là một trong những đối tượng dễ bị quá kích buồng trứng.

Có nhiều hướng để dự phòng và hạn chế tần suất của quá kích buồng trứng thể nặng. Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao, chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm có thể tạm ngưng (không tiêm HCG và không chọc hút trứng). Trong những chu kỳ tiếp theo, bệnh nhân có thể được giảm liều kích thích hoặc được theo dõi sát hơn. Quá kích buồng trứng còn có thể xuất hiện ở giai đoạn muộn, khi người phụ nữ có thai, do

HCG được tiết ra từ thai nhi. Để dự phòng tình trạng này, phôi hình thành sẽ không được chuyển vào chu kỳ đó mà được trữ lạnh và chuyển lại vào tử cung trong các chu kỳ tiếp theo. Ngoài ra, kỹ thuật “Nuôi trứng trong ống nghiệm” (In Vitro Maturation), với lợi điểm là không phải sử dụng HCG, cũng có thể được áp dụng như một biện pháp điều trị vô sinh ở những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ quá kích buồng trứng, đặc biệt là những bệnh nhân với hội chứng buồng trứng đa nang.

Hội chứng quá kích buồng trứng là biến chứng thường gặp ở những bệnh nhân có sử dụng thuốc kích thích buồng trứng trong điều trị vô sinh. Hội chứng quá kích buồng trứng được định nghĩa là sự gia tăng kích thước buồng trứng xảy ra đồng thời với tình trạng cô đặc máu kèm tràn dịch các khoang cơ thể (màng bụng, màng tim, màng phổi...) và rối loạn huyết động học.

Triệu chứng ban đầu thường gặp là cảm giác căng tức vùng bụng, đầy bụng, buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy, khó thở. Khám lâm sàng có các dấu hiệu như tăng cân nhanh, buồng trứng to và nhiều nang, thiếu niệu hay vô niệu, cô đặc máu (HCT 45 - 55%), báng bụng, tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi, rối loạn nước điện giải (tăng Kali, giảm Natri)... Các triệu chứng có thể giảm nhẹ nhưng thường tự hồi phục trong khoảng thời gian từ 10 - 14 ngày và có thể trở nặng nếu bệnh nhân mang thai do nồng độ HCG trong máu tăng nhanh. Tuy nhiên trên thế giới đã ghi nhận một số trường hợp tử vong trong giai đoạn cấp tính, do đó cần đánh giá đúng mức tình trạng bệnh nhân và xử lý kịp thời.

Theo phân độ của Golan (1989), hội chứng quá kích buồng trứng được chia thành 3 độ:

Độ I - Quá kích nhẹ. Kích thước buồng trứng từ 5-10 cm. Bệnh nhân cảm giác khó chịu vùng bụng dưới như căng bụng và đau kèm những triệu chứng rối loạn tiêu hóa như buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

Độ II - Quá kích trung bình. Bên cạnh những triệu chứng của độ I nặng dần lên, bệnh nhân tăng cân nhanh có thể trên 3kg/ngày. Siêu âm thấy kích thước buồng trứng > 10 cm và nhiều dịch ổ bụng.

Độ III - Quá kích nặng. Buồng trứng tăng trên 12 cm, các triệu chứng quá kích vừa sẽ nặng hơn đồng thời có tràn dịch màng phổi, màng tim, tăng cô đặc máu có thể đưa đến thiếu niệu hay suy thận cấp. Nặng hơn bệnh nhân có thể có rối loạn đông máu và thuyên tắc mạch do huyết khối, hội chứng suy hô hấp cấp, suy giảm chức năng gan.

Tuy nhiên phân độ bệnh chỉ có tính chất tương đối vì diễn tiến bệnh đôi khi không rõ ràng và phức tạp nên điều quan trọng là phải đánh giá đúng mức độ rối loạn về sinh lý bệnh và chức năng để theo dõi và điều trị thích hợp. Mặt khác, khi kích thích buồng trứng chúng ta nên chú ý đến các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng quá kích buồng trứng như tuổi dưới 30, gầy, nồng độ estradiol trong máu cao > 4000 pg/ml hoặc tăng cao đột ngột, buồng trứng có quá nhiều nang (>35 nang) hay những bệnh nhân với chẩn đoán là buồng trứng đa nang.

Nguyên tắc điều trị là điều trị triệu chứng và bảo tồn. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ gây xuất huyết nội hay buồng trứng bị xoắn. Chiến lược theo dõi và điều trị tùy mức độ nặng nhẹ của hội chứng.

Điều trị ngoại trú ở những bệnh nhân có quá kích buồng trứng nhẹ. Chủ yếu nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động. Uống nhiều nước, trên 2 lít nước mỗi ngày và ăn nhiều thịt, ăn mặn. Theo dõi vòng bụng, cân nặng và lượng nước tiểu mỗi ngày. Nếu triệu chứng diễn tiến nặng hơn như biếng ăn, buồn nôn, nôn nhiều, không uống được, cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh hay tiểu ít đi, cần khám bác sĩ để làm thêm xét nghiệm xem có cần nhập viện hay không.

Chỉ định nhập viện khi bệnh nhân có cảm giác buồn nôn, nôn không ăn uống được hoặc nôn ói và tiêu chảy trong vòng 48 giờ sau tiêm HCG. Thăm khám thấy bụng căng, chướng nhiều, đau, có dấu hiệu kích thích phúc mạc. Huyết áp giảm so với bình thường hoặc có các triệu chứng của giảm huyết áp. Xét nghiệm thấy HCT tăng cao, kèm những rối loạn điện giải và chức năng gan thận. Siêu âm thấy nhiều dịch trong bụng hay kích thước buồng trứng trên 10cm.

Nếu bệnh nhân không có thai trong lần điều trị này, hội chứng quá kích buồng trứng sẽ giảm nhanh và khỏi trong vòng 10 ngày. Các triệu chứng thường diễn tiến nặng hơn nếu bệnh nhân có thai. Trong trường hợp này, hội chứng quá kích buồng trứng có thể kéo dài tiếp tục và giảm dần vào khoảng 4-5 tuần sau khi chuyển phôi.

Trong khi kích thích buồng trứng để làm thụ tinh trong ống nghiệm, nếu bệnh nhân có nguy cơ của hội chứng quá kích buồng trứng cao, có thể có các biện pháp dự phòng sau:

Ngưng toàn bộ chu kỳ điều trị.

Tiếp tục theo dõi nhưng giảm liều hoặc ngưng thuốc kích thích buồng trứng.

Truyền dịch chứa albumin.

Trữ phôi toàn bộ và chuyển phôi ở chu kỳ sau.

Nếu có chuyển phôi, sử dụng phác đồ hỗ trợ giai đoạn hoàng thể không có HCG, hội chứng quá kích buồng trứng là biến chứng thường gặp khi sử dụng thuốc kích thích buồng trứng trong các chu kỳ hỗ trợ sinh sản. Đa số trường hợp tự khỏi hoàn toàn nhưng cũng có vài trường hợp diễn tiến nặng và có thể tử vong nếu không can thiệp đúng mức. Nhân viên y tế và người bệnh cần nhận biết các triệu chứng và phân độ lâm sàng để có biện pháp can thiệp kịp thời và thích hợp để tránh những biến chứng nặng có thể xảy ra.

Đa thai

Đa thai là tình trạng có nhiều hơn một thai cùng lúc phát triển trong tử cung. Không như trong các chu kỳ tự nhiên khi chỉ có 1 (hoặc thỉnh thoảng 2) phôi có mặt trong lòng tử cung, trong các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, để đảm bảo tỷ lệ thành công, nhiều hơn một phôi sẽ được chuyển vào tử cung. Do đó, tỷ lệ đa thai thường tăng cao hơn so với các chu kỳ tự nhiên, thay đổi từ 19% đến 42%, tùy theo tuổi của người vợ.

Hiện nay, để giảm tỷ lệ đa thai, chuyển phôi vào giai đoạn trễ, ngày 5 sau thụ tinh, được xem là một trong những biện pháp phòng ngừa có hiệu quả. Tuy nhiên, trong kỹ thuật này, nguy cơ không có phôi để chuyển (do thoái hóa, ngưng phát triển trong quá trình nuôi cấy) thường xuất hiện. Giảm thiểu số lượng phôi chuyển ở những bệnh nhân tiên lượng tốt cũng là một hướng đang được xem xét. Ngoài ra, kỹ thuật giảm thai, thông qua hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo, cũng là một phương pháp để giảm tỷ lệ đa thai được áp dụng ở nhiều trung tâm trên thế giới.

Một số nguy cơ khác

Trong các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, thống kê cho thấy tỉ lệ thai ngoài tử cung tăng cao hơn so với những chu kỳ tự nhiên từ 2 đến 3 lần (4% - 5,8%), đặc biệt trong những trường hợp có bất thường ở vòi trứng. Thai ngoài tử cung là tình trạng thai làm tổ ở một vị trí khác ngoài tử cung, thường là trong vòi trứng. Tuy nhiên, siêu âm và theo dõi thai định kỳ ngay từ giai đoạn sớm giúp phát hiện và xử trí kịp thời các trường hợp này. Ngoài ra, các tỷ lệ như dị dạng thai nhi và sảy thai gần như không đổi so với những cặp vợ chồng có thai tự nhiên.

Tóm lại

Thụ tinh trong ống nghiệm là một biện pháp điều trị vô sinh hữu hiệu, đặc biệt với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào trứng (ICSI) đã đem lại cơ hội cho những cặp vợ chồng bất thường nặng về tinh trùng. Tuy nhiên, người phụ nữ vẫn có thể gặp phải một số nguy cơ như thất bại, quá kích buồng trứng,

đa thai và thai ngoài tử cung. Một số biện pháp để dự phòng, phát hiện sớm và có hướng xử trí thích hợp cho các nguy cơ nêu trên đang được áp dụng khá thành công tại bệnh viện Từ Dũ.

KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN

Tỉ lệ thành công của các chu kỳ hỗ trợ sinh sản phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó, số lượng và chất lượng nang noãn giữ vai trò rất quan trọng. Tỉ lệ thành công của các chu kỳ hỗ trợ sinh sản cao hơn khi có kích thích buồng trứng. Chỉ định chính của kích thích buồng trứng gồm những trường hợp (1) vô sinh do không phóng noãn, rối loạn phóng noãn hay (2) kích thích buồng trứng để thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Các biến chứng cần quan tâm khi kích thích buồng trứng để điều trị hiếm muộn là quá kích buồng trứng và đa thai.

Các biến chứng này xảy ra thường do sự đáp ứng quá mức của buồng trứng, dẫn đến số lượng nang noãn quá nhiều. Ngược lại, nếu nang noãn phát triển quá ít, hiệu quả của chu kỳ điều trị cũng bị giảm. Như vậy, để hạn chế các biến chứng mà kết quả chu kỳ điều trị chấp nhận được, trước khi tiến hành kích thích buồng trứng, cần xem xét kỹ đối tượng bệnh nhân và cân nhắc kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thực hiện mà chúng ta có những mục tiêu đạt được về số lượng nang noãn khác nhau, từ đó, chọn lựa thuốc và phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp.

Những cải tiến trong lĩnh vực được phẩm, với sự ra đời của FSH tái tổ hợp, gần đây là các thuốc GnRH đồng vận đã đem lại an toàn, hiệu quả và thuận tiện cho cả bệnh nhân và bác sĩ khi sử dụng kích thích buồng trứng. Sau đây là các phác đồ kích thích buồng trứng hiện đang được sử dụng trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

Kích thích buồng trứng để bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

Với IUI, kích thích buồng trứng thường được áp dụng cho các bệnh nhân bị rối loạn phóng noãn. Ở các bệnh nhân này, cần ít nhất một nang trưởng thành có phóng noãn để đạt được hiệu quả điều trị. Do đó, chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng trong IUI cần phù hợp sao cho số nang phóng noãn không quá nhiều nhằm hạn chế các biến chứng.

Phác đồ ngắn/cực ngắn

Phác đồ ngắn hay cực ngắn thường được sử dụng cho những bệnh nhân lớn tuổi, đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. Các thuốc GnRH đồng vận (Suprefact, Diphereline) được bắt đầu sử dụng từ ngày 2 của chu kỳ kinh. Tiêm dưới da Suprefact 0,5mg/ngày hay Diphereline 0,1mg/ngày. FSH (Puregon dạng 50 IU hay 100 IU) được sử dụng song song hay chậm hơn 1-2 ngày. Liều khởi đầu của FSH thường sử dụng là 50 IU/ngày.

Siêu âm theo dõi nang noãn bắt đầu từ ngày 6 của chu kỳ kinh. Các lần siêu âm sau và liều thuốc tiếp tục được điều chỉnh tùy theo kích thước và số lượng nang noãn phát triển. Tiêm HCG khi có ít nhất 1 nang đạt kích thước 18mm trên

siêu âm. Bơm tinh trùng 36 giờ sau tiêm HCG hay 24 và 48 giờ nếu bơm tinh trùng 2 lần trong một chu kỳ.

Phác đồ tăng liều dần (step-up protocol)

Khởi đầu, FSH được sử dụng với liều 50 đơn vị/ngày, liên tục trong 14 ngày. Siêu âm và xét nghiệm nội tiết theo dõi nang noãn được tiến hành lần đầu sau 14 ngày. Nếu vẫn chưa có đáp ứng, nang nhỏ dưới 10 mm trên siêu âm, tăng liều dần 50 đơn vị/ngày cho mỗi tuần, liều tối đa là 200 đơn vị/ngày. Nếu có đáp ứng, nang lớn hơn 10mm, duy trì liều cũ cho đến khi nang noãn đạt đến tiêu chuẩn cho HCG như đã trình bày ở trên. Chu kỳ sẽ bị ngưng điều trị khi không có đáp ứng buồng trứng sau 35 ngày kích thích hay không có nang vượt trội khi đã dùng đến liều tối đa trong một tuần. Phác đồ này sẽ bị ảnh hưởng bởi tuổi, tình trạng béo phì và nồng độ cơ bản của LH.

Phác đồ giảm liều dần (step-down protocol)

FSH được sử dụng với liều khởi đầu là 150 đơn vị/ngày ngay sau khi người bệnh có kinh tự nhiên hay sau sử dụng progesterone. Liều FSH được duy trì cho đến khi có một nang vượt trội trên 10mm trên siêu âm. Sau đó, liều FSH được giảm 50 đơn vị/ngày mỗi 3 ngày, cho đến khi liều sử dụng là 50 đơn vị/ngày và nang noãn đạt đến tiêu chuẩn thì cho HCG. Phác đồ tăng liều dần an toàn và hiệu quả hơn phác đồ giảm liều dần nhưng chi phí cao hơn do thời gian điều trị kéo dài.

Kích thích buồng trứng để làm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF)

Để một chu kỳ IVF có hiệu quả, số lượng nang noãn trung bình cần đạt được sau kích thích buồng trứng là 8 – 10

nang noãn trưởng thành. Các phác đồ kích thích buồng trứng hiện tại được sử dụng trong IVF là phác đồ dài với sự kết hợp của GnRH đồng vận và FSH tái tổ hợp và phác đồ ngắn với sự sử dụng GnRH đối vận và FSH tái tổ hợp.

Phác đồ dài với sự sử dụng kết hợp GnRH đồng vận (GnRHa) và FSH tái tổ hợp (rFSH).

- GnRHa thường sử dụng trước trong 14 ngày từ ngày 21 của chu kỳ kinh trước, hay từ ngày 1 của chu kỳ kinh hiện tại (giai đoạn Insulin):

Suprefact 6mg: tiêm dưới da mỗi ngày 0,5mg trong 14 ngày.

Diphereline 0,1mg: tiêm dưới da mỗi ngày 1 ống trong 14 ngày.

- Định lượng LH, E2 vào ngày thứ 14 sử dụng GnRHa. Khi LH < 5 IU/l và E2 < 100 pg/ml, bắt đầu kích thích buồng trứng với rFSH (Puregon 100 IU hay 50 IU) (giai đoạn II). Khi này, liều GnRHa thường được giảm xuống còn phân nửa và liều rFSH được sử dụng tùy theo tuổi bệnh nhân, chỉ định điều trị và sự đáp ứng của buồng trứng với thuốc kích thích buồng trứng.

- Theo dõi siêu âm nang noãn được bắt đầu vào ngày 6 sau khi sử dụng kết hợp cả rFSH với GnRHa. Sau đó, siêu âm được tiến hành mỗi ngày hay mỗi 2-3 ngày tùy theo kích thước của nang noãn. Thông thường, thời gian kích thích buồng trứng của giai đoạn II kéo dài 10-12 ngày.

- Tiêm HCG khi có ít nhất 2 nang noãn lớn nhất đạt đến kích thước 17mm trên siêu âm. Chọc hút trứng được thực hiện khoảng 34-36 giờ sau tiêm HCG.

Phác đồ ngắn với sự sử dụng kết hợp GnRH đối vận (GnRH antagonist) và rFSH

Các chất đối vận GnRH được sử dụng phối hợp với rFSH có thể theo cách sử dụng một liều duy nhất hay đa liều; theo thời điểm ổn định của chu kỳ kích thích buồng trứng hay theo sự đáp ứng của từng bệnh nhân. FSH được sử dụng từ ngày 2-3 của chu kỳ kinh nguyệt, đến ngày 7 của chu kỳ, GnRH đối vận được sử dụng liều duy nhất 3mg tiêm dưới da. Theo dõi tiếp tục sự phát triển nang noãn, HCG được sử dụng khi nang noãn đạt đến kích thước trưởng thành như các phác đồ khác. Với cách sử dụng đa liều, GnRH được sử dụng từ ngày 6 của chu kỳ, tiêm dưới da mỗi ngày 0,25mg, theo dõi sự phát triển nang noãn và sử dụng HCG khi các nang noãn đạt tiêu chuẩn.

GnRH đối vận khi được tiêm vào cơ thể có tác dụng ức chế ngay sự xuất hiện của đỉnh LH sớm. Sử dụng GnRH đối vận có nhiều ưu điểm so với phác đồ dài cổ điển: (1) thời gian kích thích buồng trứng rút ngắn từ trung bình 4 tuần xuống chỉ còn 10 ngày; (2) số đơn vị rFSH cần sử dụng ít hơn; (3) tỉ lệ quá kích buồng trứng thấp hơn. Tuy nhiên, thời điểm bắt đầu GnRH đối vận để tạo hiệu quả tối ưu vẫn còn đang được bàn cãi.

GnRH antagonist: Hướng đi mới trong kích thích buồng trứng.

Từ nhiều năm nay, GnRH agonist (Buserelin, Triptorelin) được sử dụng theo phác đồ dài đã được áp dụng một cách rộng rãi ở hầu hết các trung tâm thụ tinh trong ống

nghiệm trên thế giới và có một vai trò quan trọng làm giảm sự xuất hiện đỉnh LH sớm, tạo sự phát triển đồng bộ của các nang noãn, số noãn trưởng thành thu được nhiều và do đó, tỉ lệ có thai cao hơn. Tuy nhiên, sự sử dụng GnRH agonist không phải là không có những bất lợi. Phác đồ dài sử dụng GnRH agonist đã cho thấy muốn có hiệu quả làm trơ hóa tuyến yên và giảm các thụ thể, GnRH agonist phải được sử dụng trong 2-3 tuần. Đồng thời do ức chế gần như toàn bộ nội tiết nội sinh, số thuốc sử dụng để kích thích buồng trứng cũng tăng dẫn đến tăng chi phí để kích thích buồng trứng.

GnRH agonist ra đời và được đưa vào sử dụng từ 1998. Ngược lại với GnRH agonist, GnRH antagonist có tác dụng ức chế tuyến yên ngay, làm giảm nồng độ LH, FSH nội sinh trong vòng vài giờ sau sử dụng. Do đó, có thể áp dụng phông ngừa đỉnh LH sớm mà không cần phải chờ trong thời gian dài. Ở một số nước trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành và ghi nhận chất lượng noãn, tỉ lệ thụ tinh của noãn, chất lượng phôi, tỉ lệ làm tổ và tỉ lệ có thai khá tốt với sử dụng GnRH antagonist.

Các đặc điểm khác nhau về cơ chế tác động của GnRH antagonist và GnRH agonist:

GnRH antagonist GnRH agonist

- + Ức chế thụ thể mà không hoạt hóa
- + Ức chế cạnh tranh
- + Ức chế ngay lập tức và phụ thuộc liều sử dụng
- + Hồi phục nhanh sau khi ngưng thuốc (trong vòng 2 ngày đối với loại tác dụng ngắn 0,25mg)

GnRH agonist

- + Điều hòa giảm thụ thể
- + Trơ hóa tuyến yên
- + Tác dụng hoạt hóa khởi đầu
- + Hồi phục chậm sau ngưng thuốc (trung bình 2 tuần, tối đa là 6 tuần)

Có 2 loại GnRH antagonist đang được lưu hành trên thị trường, đó là ganirelix (Antagon, Orgalutran 0,25mg, Organon) và Cetrorelix (Cetrotide 0,25mg, Cetrotide 3mg, Serono).

Chỉ định và ưu điểm của GnRH antagonist

Trong kích thích buồng trứng để thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, GnRH antagonist được sử dụng để phòng ngừa sự xuất hiện của đỉnh LH sớm.

Các ưu điểm của GnRH antagonist so với GnRH agonist

+ Có tác dụng ức chế ngay đỉnh LH sớm trong vòng vài giờ sau tiêm thuốc (6 – 8 giờ), trong khi với GnRH agonist cần 2 – 3 tuần.

+ Ở ngày tiêm HCG, số nang noãn kích thước nhỏ và trung bình ít hơn so với phác đồ dài GnRH agonist, do đó, giảm nguy cơ quá kích buồng trứng.

+ Trong những trường hợp có nguy cơ quá kích buồng trứng nặng, với phác đồ sử dụng GnRH antagonist, có thể sử dụng GnRH agonist mà không cần tiêm HCG để gây tác dụng trưởng thành noãn và phóng noãn.

+ Thời gian điều trị ngắn hơn so với phác đồ dài của GnRH agonist khoảng 2 – 3 tuần, do đó, thuận tiện hơn cho bệnh nhân nhất là những bệnh nhân nhà xa.

+ Thời gian cần kích thích buồng trứng với FSH tái tổ hợp ngắn hơn phác đồ dài của GnRH agonist từ 1 – 2 ngày, do đó, giảm được chi phí sử dụng FSH tái tổ hợp.

+ Với GnRH antagonist, chương trình thụ tinh trong ống nghiệm khó chủ động sắp xếp bệnh nhân hơn, sự thuận tiện của bác sĩ ít hơn nhưng sự thuận tiện của bệnh nhân lại tối đa.

+ Theo một số báo cáo, phác đồ kích thích buồng trứng sử dụng ở những bệnh nhân lớn tuổi có thể làm tăng đáp ứng của buồng trứng và giảm tỉ lệ ngưng điều trị.

Sử dụng GnRH antagonist tại Khoa Hiếm muộn, Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ

Với những ưu điểm như trên của phác đồ kích thích buồng trứng sử dụng GnRH antagonist, Khoa Hiếm muộn, Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ đã nghiên cứu đưa vào sử dụng cho bệnh nhân từ tháng 4/2002. Hiện nay, tỉ lệ có thai lâm sàng đạt được tương đương với phác đồ dài GnRH agonist cổ điển.

ICSI VỚI TINH TRÙNG LẤY TỪ MÀO TINH

Có nhiều nguyên nhân làm tắc nghẽn đường dẫn tinh và gây vô sinh do không có tinh trùng. Trong đa số các trường hợp, tinh hoàn vẫn sinh tinh bình thường, tuy nhiên do đường dẫn tinh bị tắc, nên tinh trùng không thể ra được bên ngoài và dẫn đến vô sinh.

Một số nguyên nhân thường gặp của không có tinh trùng do tắc:

- + Bất sản ống dẫn tinh bẩm sinh.
- + Tắc đường dẫn tinh sau nhiễm trùng đường tiết niệu, sinh dục.
- + Tắc đường dẫn tinh sau chấn thương, phẫu thuật ở cơ quan sinh dục.

+ Sau thủ thuật thắt ống dẫn tinh triệt sản... Đối với một số trường hợp, người ta có thể thực hiện vi phẫu thông nối đường dẫn tinh để điều trị. Đối với những trường hợp không thể thực hiện vi phẫu hay tiên lượng thành công với vi phẫu thấp hoặc vi phẫu thất bại, cần phải sinh thiết tinh trùng và thực hiện ICSI với tinh trùng lấy được. Sau đó thực hiện chuyển phôi vào buồng tử cung của người vợ. Tỷ lệ thành công của phương pháp này trên thế giới hiện nay tương đương với kết quả của kỹ thuật ICSI bình thường với tinh trùng từ tinh dịch (khoảng 30-35%).

Từ đầu năm 2002, Khoa Hiếm muộn Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ đã phối hợp với Phòng khám Nam khoa Bệnh viện Bình Dân để triển khai kỹ thuật ICSI với tinh trùng hút từ mào tinh cho những trường hợp vô sinh nam không có tinh trùng do tắc. Đây là lần đầu tiên kỹ thuật điều trị này được thực hiện ở Việt Nam. Trường hợp hút tinh trùng từ phẫu và chọc hút noãn từ vợ để thực hiện ICSI được thực hiện đầu tiên vào ngày 04/03/2002.

Từ tháng 3/2002 đến tháng 8/2002, có 24 trường hợp đã được thực hiện kỹ thuật trên. Tuổi trung bình của người vợ

là 29,4 (thấp nhất 24, cao nhất 34). Tất cả 24 trường hợp đều lấy được tinh trùng. 12 trường hợp tinh trùng chất lượng tốt đã được trữ lạnh. Sau khi thực hiện ICSI, cả 24 trường hợp đều có hiện tượng thụ tinh noãn, tạo được phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung. Trong đó, có 4 trường hợp còn phôi dư với chất lượng tốt được thực hiện trữ lạnh phôi để có thể sử dụng về sau.

Đến tháng 9/2002, 24 trường hợp trên đã đến ngày thử thai và siêu âm thai sau khi thử thai dương tính. Kết quả đã có 13/24 (54,2%) trường hợp thử thai ((-HCG) dương tính. Trong đó có 10 trường hợp đã siêu âm thấy túi thai và tim thai trên siêu âm. Tỷ lệ thai lâm sàng là 50% (12/24). Trong đó, có 9 trường hợp 1 thai, 3 trường hợp song thai, không có trường hợp nào 3 thai trở lên. Trường hợp có thai đầu tiên là song thai đến nay đã được 28 tuần (đầu tháng 9).

Mặc dù chỉ mới trong bước đầu triển khai, các kết quả ban đầu của chương trình là rất khả quan. Các yếu tố thuận lợi của chương trình là:

- + Sự phối hợp hiệu quả của 2 trung tâm chuyên khoa đầu ngành ở thành phố Hồ Chí Minh.

- + Quá trình chuẩn bị chu đáo.

- + Đa số các bệnh nhân trẻ tuổi, chất lượng noãn và phôi tốt.

Các phác đồ điều trị đang từng bước được cải thiện và đi vào ổn định. Chúng tôi hy vọng trong thời gian tới sẽ triển khai rộng rãi kỹ thuật để phục vụ bệnh nhân và phổ biến kinh nghiệm thực hiện cho các đơn vị khác trong cả nước.

Phác đồ thực hiện tiêm tinh trùng với tinh trùng lấy từ mào tinh

+ Hội chẩn xác định có thể lấy tinh trùng từ mào tinh từ chồng và có thể thực hiện kích thích buồng trứng, chọc hút trứng và chuyển phôi cho người vợ.

+ Bổ sung hồ sơ, xét nghiệm. Hẹn tháng thực hiện kỹ thuật điều trị.

+ Khám tiền mê trước thủ thuật.

+ Kích thích buồng trứng và theo dõi. Quyết định thời điểm chọc hút.

+ Chọc hút trứng cho người vợ.

+ Mô lấy tinh trùng tại Phòng thụ tinh trong ống nghiệm vào cùng ngày chọc hút trứng.

+ Xử lý dịch hút được từ mào tinh để chuẩn bị tinh trùng.

+ Thực hiện kỹ thuật tiêm tinh trùng.

+ Chuyển phôi vào buồng tử cung 2 ngày sau.

+ Thử máu 2 tuần sau chuyển phôi.

+ Siêu âm xác định thai 2-3 tuần sau khi thử máu dương tính.

ĐIỀU CHƯA BIẾT VỀ LABO THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Trong toàn bộ quy trình thụ tinh trong ống nghiệm bệnh nhân phải lui tới bệnh viện rất nhiều lần để xét nghiệm, theo

dối và chích thuốc. Chỉ đến ngày chọc hút trứng, bệnh nhân mới phải làm hồ sơ nhập viện để vào khu vực Phòng thụ tinh trong ống nghiệm. Tại đây, trứng sẽ được hút ra, tinh trùng sẽ được thu thập để chuyển qua một ô cửa hẹp. Hai ngày sau, cũng từ chính ô cửa đó phôi tạo thành sẽ được trao lại để chuyển vào tử cung. Có bao giờ bạn tự hỏi “chuyện gì đang xảy ra đằng sau ô cửa kia?”, “làm thế nào trứng và tinh trùng của vợ chồng mình lại có thể kết hợp để thành phôi, khởi đầu cho đứa con mong ước của mình sau này?” Hãy cùng tham quan một ngày làm việc với các nhân viên phòng lab – hay nói chính xác hơn là các nhà phôi học (embryologist) – để tìm câu trả lời cho những thắc mắc trên.

Yêu cầu về “Sạch” và “Vô trùng”

Phôi chỉ phát triển tốt trong những điều kiện tối ưu nhất về nhiệt độ, độ ẩm, độ kiềm. Môi trường cấy phôi cũng là môi trường giàu chất dinh dưỡng. Điều đó cũng có nghĩa môi trường cấy phôi là môi trường “tuyệt vời” cho vi trùng phát triển! Để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng, nhân viên phòng lab chỉ được làm việc sau khi nắm vững những kỹ năng cần thiết về thao tác vô trùng. Trước khi vào lab mọi người phải thay áo quần, đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay bằng chất sát khuẩn, thay dép. Khu vực làm việc bên trong lab thường xuyên được vệ sinh. Mọi dụng cụ trước khi đưa vào lab cũng được làm sạch bằng cồn. Ngay cả không khí cũng được lọc liên tục để ngăn bụi vào khu vực này. Trong thực tế, đây là khu vực “Cấm”.

Tìm trứng và chuẩn bị tinh trùng

Công việc đầu tiên trong ngày là chọc hút trứng – tìm trứng. Dịch nang chứa trứng được chuyển qua ổ cửa để vào phòng lab. Dịch được kiểm tra dưới kính hiển vi để tìm trứng. Trứng tìm thấy sẽ được rửa sạch máu và dịch nang, sau đó được giữ trong tủ cấy ở nhiệt độ 37°C từ 4 – 6 giờ trước khi cho thụ tinh với tinh trùng. Đây là khoảng thời gian cần thiết cho trứng hoàn thành giai đoạn trưởng thành cuối cùng.

Trong thời gian này tinh trùng được chuẩn bị. Tinh dịch từ mẫu xuất tinh của người chồng được lọc rửa để chọn ra những tinh trùng tốt nhất. Tinh trùng sẽ được pha loãng để đạt nồng độ 100.000 tinh trùng/ml, nồng độ tối ưu để trứng thụ tinh bình thường trong ống nghiệm. Trong trường hợp chất lượng tinh trùng quá kém hoặc có bất thường về thụ tinh, tinh trùng sẽ được tiêm trực tiếp vào trứng bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng. Cây trứng và tiêm trứng được trình bày trong phần Cây và Tiêm.

Kiểm tra thụ tinh

Chọc hút trứng đã xong, trứng đã nằm yên trong tủ cấy chờ giờ tiếp xúc với tinh trùng. Công việc kế tiếp trong ngày là kiểm tra kết quả cấy phôi ngày hôm trước. Trứng được cấy cần phải bóc sạch lớp tế bào bám trên bề mặt để nhìn vào bên trong, kiểm tra dấu hiệu thụ tinh bình thường là hình ảnh hai tiền nhân. Tất cả công việc này đều được thực hiện dưới kính hiển vi. Sau khi kiểm tra, trứng có thụ tinh được chuyển sang môi trường mới để tiếp tục phát triển thêm 24 giờ trong tủ cấy CO₂.

Kiểm phôi – Chuyển phôi – Trữ phôi

Phôi ngày hôm nay là kết quả của những trứng chọc hút được kết hợp với tinh trùng từ hai ngày trước đó. Trồng cây đã đến ngày hái quả, phôi giờ đây đã sẵn sàng để chuyển trở lại vào cơ thể mẹ. Dẫu chưa thể khẳng định “quả” nào chua, “quả” nào ngọt, nghiên cứu cho thấy những phôi “đẹp” thường là những phôi có khả năng phát triển tốt hơn.

Dưới kính hiển vi, những phôi đẹp được chọn ra, hút vào ống chuyển phôi để đưa trở lại vào cơ thể mẹ. Đây cũng là lúc bệnh nhân được thông báo kết quả về số trứng chọc hút được, số phôi tạo thành, và số phôi được chuyển trở lại vào người. Phôi lúc này vẫn chỉ như những hạt bụi nhỏ. Những hạt bụi này rồi đây sẽ trở thành những cô bé, cậu bé, những chàng trai, cô gái cho đời.

Với bệnh nhân còn dư phôi tốt, số phôi tốt này sẽ được trữ để chuyển vào lần sau nếu có yêu cầu. Phôi chất lượng kém không được trữ vì phôi sẽ chết sau khi rã đông.

Cấy và tiêm

Lúc này là đầu giờ chiều. Đã đến lúc cho trứng và tinh trùng gặp nhau. Với những trứng được cấy (IVF), công việc được thực hiện khá đơn giản bằng cách bỏ trứng vào tinh trùng pha sẵn. Ngược lại, với những trứng cần được tiêm tinh trùng (ICSI) vẫn còn nhiều việc phải làm để trứng và tinh trùng có thể thụ tinh. Toàn bộ quy trình tiêm tinh trùng vào trứng đòi hỏi sự thận trọng, độ chính xác và tập trung cao của người thực hiện.

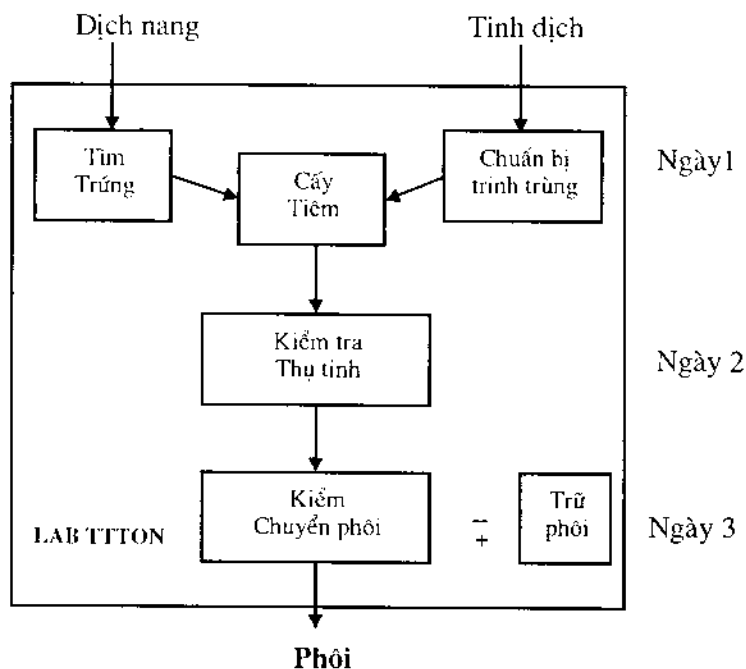
Đầu tiên, trứng sẽ được tách khỏi lớp tế bào bao bọc xung quanh bằng men với sự hỗ trợ của pipette thủy tinh được kéo cực nhỏ. Sau đó, trứng được cho vào những giọt môi trường thao tác cũng rất nhỏ để chờ được tiêm tinh trùng. Trong giai đoạn này trứng được thao tác bằng tay trên những dụng cụ có kích thước vài trăm micromét (micromét = 1/106 mét) bên trong môi trường có khi chỉ vài microlít (microlít = 1/106lít).

Bước kế tiếp được thực hiện trên kính hiển vi đảo ngược. Dụng cụ tiêm tinh trùng chỉ có kích thước vài micromet và thể tích môi trường thao tác chỉ tính bằng picolit (picolit = 1/1012 lít)! Với sự hỗ trợ của bộ dụng cụ vi thao tác, tinh trùng được chọn bắt, xử lý và tiêm trực tiếp vào bên trong trứng.

Sau cùng, trứng được rửa sạch môi trường thao tác, cho vào môi trường cấy để hoàn tất hiện tượng thụ tinh. Một ngày làm việc tại lab cũng cơ bản kết thúc. Việc kiểm tra thụ tinh sẽ được thực hiện vào sáng hôm sau.

Tóm tắt

Những gì xảy ra bên trong lab – đằng sau ô cửa – có thể được tóm tắt trong sơ đồ sau. Để dễ theo dõi, công việc được sắp xếp lại theo trình tự phát triển của trứng và phôi trên cùng một bệnh nhân. Từ dịch nang và tinh dịch đưa vào phôi đã thành hình sau 2 ngày nuôi dưỡng trong lab thụ tinh trong ống nghiệm. Chúc phôi **“lên đường bình an”** với tất cả tấm lòng của người làm lab!



(LAB TITON : Thụ tinh trong ống nghiệm)

SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ SINH RA TRONG ỐNG NGHIỆM

Từ khi đưa bé đầu tiên trên thế giới từ thụ tinh trong ống nghiệm ra đời vào năm 1978 đến nay, các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng phát triển, đặc biệt là với sự ra đời của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) đã mang lại

cơ hội làm cha mẹ cho hàng trăm ngàn cặp vợ chồng hiếm muộn - vô sinh.

Thống kê ở nhiều nước trên thế giới cho thấy số trẻ sinh ra từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng tăng.

Ngay từ năm 1996, người ta đã ghi nhận có khoảng 1,5% trẻ sinh hàng năm là từ các chu kỳ hỗ trợ sinh sản. Tại các nước như Thụy Điển, Pháp, Đức..., khoảng 5% số trẻ sinh ra hàng năm là từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Con số này, theo ước tính sẽ có khuynh hướng tăng dần trong những năm tới do sự thay đổi về dân số như tuổi người mẹ ngày càng tăng và sự phát triển không ngừng của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản cũng như các kỹ thuật có liên quan.

Riêng tại Việt Nam, chỉ không đầy 4 tháng nữa là đứa bé đầu tiên ra đời từ kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm tròn 5 tuổi. Từ khi kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm được bệnh viện Từ Dũ triển khai lần đầu tiên tại Việt Nam đến nay, số trẻ sống sinh ra từ các kỹ thuật này đã xấp xỉ con số 1000. Tuy nhiên, số trẻ sinh ra ngày càng tăng từ những chu kỳ có áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản cũng làm gia tăng mối quan ngại về sự phát triển của chúng. Đây là mối bận tâm không chỉ của các bậc làm cha mẹ mà còn là của những nhà khoa học khi thực hiện và phổ biến các kỹ thuật này.

Tuy vẫn còn một số hạn chế về thiết kế nghiên cứu, đặc biệt là cỡ mẫu không đủ lớn, hay không loại trừ được một số yếu tố gây nhiễu, những nghiên cứu trên thế giới cũng đã bước đầu cung cấp một số thông tin có ích. Nhìn chung, cho đến thời điểm hiện nay, các nghiên cứu đều cho thấy không có

sự khác biệt đáng kể giữa những trẻ sinh ra từ thụ tinh trong ống nghiệm so với dân số bình thường.

Nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ sinh ra từ kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm thường có cân nặng lúc sinh nhẹ hơn so với dân số bình thường. Tuy nhiên, một điều cần lưu ý là đa số các trường hợp trẻ nhẹ cân khi sinh đều từ các thai kỳ đa thai. Do đó, việc kiểm soát tình trạng đa thai là một điều rất quan trọng trong điều trị vô sinh.

Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm khảo sát tần suất các dị tật bẩm sinh của những trẻ sinh ra từ thụ tinh trong ống nghiệm. Trong một nghiên cứu gần đây nhất, được xem là một nghiên cứu trên số lượng trẻ cao nhất từ trước đến nay (4224 trẻ) thực hiện tại Netherland, các tác giả cho thấy sau khi loại trừ các yếu tố gây nhiễu, nguy cơ tương đối đẻ bị bất thường bẩm sinh cho trẻ là 1.03 so với dân số bình thường. Tuy nhiên, sự gia tăng này có thể do sự khác biệt về một số đặc điểm của người mẹ như tuổi, tình trạng bệnh..., không liên quan đến kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm. Hơn nữa, sự gia tăng, nếu có, có thể là gia tăng giả tạo, do những trẻ sinh ra từ các chu kỳ hỗ trợ sinh sản thường được theo dõi sát sao hơn so với trẻ trong dân số bình thường. Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh là 1-2%, tỷ lệ này tương tự nhóm trẻ sinh ra từ các chu kỳ tự nhiên. Do đó, hiện nay, đa số các tác giả đều thống nhất rằng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh. Cần ghi nhận một điểm rằng ngay những trẻ được sinh ra từ những chu kỳ tự nhiên

vẫn có một nguy cơ bị các dị tật bẩm sinh, tỷ lệ này thay đổi trong khoảng 2-4%.

Ngoài các bất thường bẩm sinh, sự phát triển về tâm sinh lý cũng như thể chất của trẻ cũng là một vấn đề được nhiều tác giả quan tâm. Cho đến hiện nay, đa số các nghiên cứu đều tập trung khảo sát sự phát triển của trẻ trong những năm đầu tiên, đặc biệt là trong nhóm tuổi 1-5, chỉ một số ít nghiên cứu khảo sát trẻ 5 tuổi và trẻ tuổi dậy thì. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy các trẻ sinh ra từ các kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm đều phát triển bình thường, cả về thể chất lẫn tinh thần và vận động.

Tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ, đang tiến hành một nghiên cứu nhằm khảo sát sự phát triển về thể chất, tinh thần và vận động của những trẻ được sinh ra từ các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm và tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI). Các số liệu thu thập bước đầu cho thấy kết quả tương đối khả quan.

Như vậy, cho đến hiện nay, các số liệu cho thấy tình trạng sức khỏe của trẻ sinh ra từ các kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm không có sự khác biệt với nhóm trẻ sinh bình thường, khi so sánh về tỷ lệ dị tật bẩm sinh, tử vong chu sinh cũng như sự phát triển về tinh thần, thể chất và vận động. Sự phát triển của nhóm trẻ này chắc chắn còn cần những nghiên cứu lâu dài và sâu rộng hơn, tuy nhiên, với những kết quả hiện nay, chúng ta có thể phần nào yên tâm trong việc triển khai các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng rộng hơn.

KỸ THUẬT TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG TRÚNG (ICSI)

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm được thực hiện thành công từ năm 1978, đến nay, trên thế giới đã có trên 1 triệu em bé ra đời. Trong quá trình phát triển đó, đã có rất nhiều tiến bộ và kỹ thuật mới đã được đưa vào ứng dụng nhằm mở rộng chỉ định điều trị và gia tăng hiệu quả thành công. Trong đó, kỹ thuật tạo nhiều thay đổi và ảnh hưởng lớn nhất là kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng.

Sự phát triển của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào trứng

Từ ICSI được viết tắt từ Intra-cytoplasmic Sperm Injection, có nghĩa là tiêm tinh trùng trực tiếp vào noãn để tạo phôi. Kỹ thuật được thực hiện thành công đầu tiên vào những năm đầu thập niên 90. Chỉ vài năm sau đó, đã được triển khai khắp các nơi trên thế giới và cho đến nay đã trở thành một trong những kỹ thuật điều trị phổ biến nhất trong các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Hiện nay, trên thế giới đã có hàng trăm ngàn em bé được sinh ra từ kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng.

Chỉ định

Tinh trùng bất thường về: số lượng, độ di động hoặc hình dạng.

Vô sinh do không có tinh trùng, phải lấy tinh trùng bằng phẫu thuật.

Bất thường thụ tinh (tinh trùng và noãn bình thường, nhưng không thụ tinh được).

Thất bại nhiều lần với thụ tinh trong ống nghiệm bình thường.

Với những chỉ định được mở rộng như trên, khuyến khích áp dụng tiêm tinh trùng vào bào tương trứng trên thế giới ngày càng tăng. Tại châu Âu, thống kê gần đây nhất tại 537 trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm cho thấy có 95.221 chu kỳ ICSI trên tổng số 220.591 chu kỳ điều trị, chiếm tỷ lệ 43%. Một khảo sát tại Mỹ cũng cho thấy, chỉ trong vòng 5 năm (từ 1995 đến 2000), tỷ lệ các chu kỳ điều trị có thực hiện tiêm tinh trùng vào bào tương trứng đã tăng lên từ dưới 10% lên đến xấp xỉ 50%. Số liệu riêng còn cho thấy tại một số trung tâm ở Bỉ, Hy Lạp, Ý... số chu kỳ có áp dụng tiêm tinh trùng vào bào tương trứng có thể đạt xấp xỉ 60%.

Hiệu quả của tiêm tinh trùng của bào tương trứng

Theo báo cáo thống kê ở Mỹ và châu Âu, tỉ lệ có thai của tiêm tinh trùng vào bào tương trứng thường cao hơn một ít hoặc tương đương với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm bình thường. Số liệu tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ cũng có kết quả tương tự. Số liệu công bố năm 2002 cho thấy tại châu Âu, tỷ lệ thai lâm sàng (trên chu kỳ chuyển phôi) từ các chu kỳ tiêm tinh trùng vào bào tương trứng thay đổi từ 22%-35%, tùy theo trung tâm. Trong khi đó, theo một thống kê gần đây nhất của Hiệp hội sinh sản Hoa Kỳ, với số liệu từ khoảng 28.000 chu kỳ tiêm tinh trùng vào bào tương trứng, tỷ lệ thai lâm sàng đạt được là 36.6%.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng, ngoại trừ những trường hợp dị dạng tinh trùng nặng, thì dù tinh trùng

lấy trong tinh dịch, trong mào tinh hay trong tinh hoàn, tỉ lệ có thai đạt được cũng gần tương đương. Hay nói một cách khác, tỉ lệ thành công của tiêm tinh trùng vào bào tương trứng ít phụ thuộc vào chất lượng và nguồn gốc tinh trùng. Như vậy, kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng có thể giúp một nam giới có chất lượng tinh trùng kém, thậm chí không có tinh trùng vẫn có khả năng có con như một nam giới có chất lượng tinh trùng tốt.

Một số nghiên cứu cho thấy rằng tiêm tinh trùng vào bào tương trứng có thể giúp tăng tỉ lệ thụ tinh, tăng số phôi có được, nhờ đó có thể giúp tăng tỉ lệ thành công. Với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm bình thường, một số trường hợp tinh trùng không thể tự thụ tinh do bất thường về thụ tinh, dẫn đến không có phôi để chuyển vào buồng tử cung. Với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng, chúng ta có thể tránh gần như hoàn toàn các trường hợp trên. Ngoài ra, một số nghiên cứu còn thấy rằng phôi hình thành từ kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng, khi trữ lạnh có khả năng sống cao hơn phôi hình thành từ kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm bình thường. Do các ưu điểm trên, nhiều trung tâm trên thế giới hiện có khuynh hướng áp dụng tiêm tinh trùng vào bào tương trứng cho tất cả các trường hợp điều trị vô sinh.

Một số các nguy cơ tiềm ẩn của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng

Từ khi kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng ra đời đến nay, đã có nhiều quan ngại về một số nguy cơ có thể có đối với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng như:

Noãn có thể bị tổn thương khi tiêm tinh trùng và ảnh hưởng đến chất lượng phôi.

Các trường hợp vô sinh nam có thể có nhiễm sắc thể và bệnh lý di truyền cao hơn bình thường. Khoảng 5-10% vô sinh nam do bất thường tinh trùng nặng (mật độ tinh trùng <5 triệu/ml), là có liên quan đến bệnh lý di truyền. Các bất thường này, có thể truyền sang con. Những bất thường này có thể truyền sang cho trẻ sinh sau này. Những bất thường này thường không gây ảnh hưởng đến sức khỏe, mà chủ yếu là trên khả năng sinh sản sau này.

Tỉ lệ bất thường nhiễm sắc thể ở trẻ sinh ra do kỹ thuật ICSI có thể tăng nhẹ, đặc biệt ở các trường hợp tinh trùng yếu nặng, dị dạng. (Ở dân số bình thường, tỉ lệ bất thường nhiễm sắc thể thường khoảng 2%).

Các trẻ sinh ra đầu tiên từ kỹ thuật này trên thế giới đến nay đã trên 10 tuổi. Nhiều khảo sát về sự an toàn của kỹ thuật ICSI đã được thực hiện, có những khảo sát lớn thực hiện trên hàng ngàn trẻ, hầu hết đều cho thấy đây là một kỹ thuật tương đối an toàn, không làm tăng tỉ lệ dị tật bẩm sinh. Các nghiên cứu gần đây đều cho thấy các bé sinh ra từ kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng phát triển bình thường. Ngoài ra, sự phát triển của các trẻ này vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu tại nhiều trung tâm trên thế giới.

Kết luận

Kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng từ khi ra đời đến nay đã trở thành một trong những kỹ thuật điều trị vô sinh được áp dụng phổ biến nhất trên thế giới. Hiện nay, tiêm

tinh trùng vào bào tương trứng được công nhận là một phương pháp điều trị có hiệu quả nhất và an toàn cho hầu hết các trường hợp vô sinh do nam. Ngoài ra, khi mở rộng áp dụng cho các chỉ định khác, tiêm tinh trùng vào bào tương trứng còn có thể góp phần tăng tỉ lệ thành công. Do đó, trong tình hình hiện nay, khi tỷ lệ vô sinh do nam giới ngày càng có khuynh hướng tăng cao, tiêm tinh trùng vào bào tương trứng là một kỹ thuật điều trị không thể thiếu ở một trung tâm hỗ trợ sinh sản.

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT LẤY TINH TRÙNG

Vô sinh do không có tinh trùng là trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch. Không tinh trùng thường chia làm hai nhóm: do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Trong trường hợp không tinh trùng do tắc, tinh hoàn vẫn sinh tinh bình thường nhưng tinh trùng không thể ra bên ngoài. Nguyên nhân thường gặp là do bẩm sinh, nhiễm trùng đường sinh dục hoặc do thất ống dẫn tinh. Trong cả hai trường hợp vô sinh không có tinh trùng do tắc hay không do tắc, người ta đều có thể phẫu thuật để lấy tinh trùng và thực hiện tiêm tinh trùng vào bào tương trứng. Sau đây là một số phương pháp phẫu thuật để lấy tinh trùng thường được thực hiện.

Lấy tinh trùng từ mào tinh bằng vi phẫu thuật

(Microsurgical epididymal sperm aspiration-MESA)

Là phương pháp thụ tinh trùng qua phẫu thuật mào

tinh. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ và phối hợp với tiền mê. Phẫu thuật viên rạch ngang da bìu phía mào tinh. Cắt màng bao mào tinh, bộc lộ búi ống mào tinh. Dịch hút được từ mào tinh sẽ được kiểm tra dưới kính hiển vi để tìm tinh trùng. Tỷ lệ thành công của MESA trên 90% và tinh trùng thường thu được nhiều và có thể trữ lạnh. Tuy nhiên phương pháp này cũng có một số khuyết điểm như tính xâm lấn cao, dịch thu được lẫn nhiều hồng cầu và tình trạng dây dính nhiều sẽ gây khó khăn cho những trường hợp phải phẫu thuật lần sau. Kỹ thuật này chỉ thực hiện với trường hợp không có tinh trùng do tắc.

Lấy tinh trùng từ mào tinh bằng xuyên kim qua da (Percutaneous epididymal sperm aspiration-PESA)

Là phương pháp thu tinh trùng mà không cần phẫu thuật mở bao tinh hoàn và bộc lộ mào tinh. Sau khi cố định được mào tinh bằng tay, phẫu thuật viên dùng kim gắn với syringe đâm xuyên qua da vào mào tinh. Hút từ từ tới khi có dịch trong syringe. Dịch hút được sẽ đem kiểm tra dưới kính hiển vi để tìm tinh trùng. So với MESA, tỷ lệ thành công của PESA thấp hơn (khoảng 65%), nhưng là phương pháp ít xâm lấn, có thể thực hiện được nhiều lần, đơn giản hơn và tinh trùng thu được thường ít lẫn máu và xác tế bào. Do đó, nhiều tác giả đề nghị PESA là phương pháp nên lựa chọn đầu tiên ở những trường hợp không tinh trùng do tắc nghẽn. Tương tự MESA, kỹ thuật lấy tinh trùng từ mào tinh bằng xuyên kim qua da thường chỉ được áp dụng cho những trường hợp không có tinh trùng do tắc.

Lấy tinh trùng từ tinh hoàn bằng chọc hút

(Testicular sperm aspiration - TESA hay fine needle aspiration - FNA)

Sau khi gây tê và cố định tinh hoàn, phẫu thuật viên đâm kim qua da vào mô tinh hoàn và hút từ từ ra mẫu mô. Thường phải hút nhiều mẫu mô ở nhiều vị trí khác nhau. Xé nhỏ mẫu mô và tìm tinh trùng dưới kính hiển vi. Nếu quá trình sinh tinh bình thường, tỷ lệ thu được tinh trùng khoảng 96%. Kỹ thuật này có thể thực hiện cho cả 2 trường hợp không có tinh trùng do tắc hoặc không do tắc.

Lấy tinh trùng từ tinh hoàn bằng phẫu thuật xé tinh hoàn

(Testicular sperm extraction-TESE)

Kỹ thuật này tương tự sinh thiết tinh hoàn. Phẫu thuật bóc lộ tinh hoàn và lấy nhiều mẫu mô tinh hoàn. Các mẫu thu được sẽ được tách nhỏ hoặc sử dụng một số loại men để tăng khả năng thu được tinh trùng từ các ống sinh tinh. Tỷ lệ thu được tinh trùng khoảng 50% đối với các trường hợp không có tinh trùng không do tắc. Kỹ thuật này có thể thực hiện cho cả 2 trường hợp không có tinh trùng do tắc hoặc không do tắc.

Tóm lại

Điều trị vô sinh cho những cặp vợ chồng không tinh trùng có thể được thực hiện bằng cách lấy tinh trùng từ mào tinh (MESA, PESA) hay tinh hoàn (TESA, TESE). Điều trị thường phối hợp với kỹ thuật ICSI để tăng tỷ lệ thành công. Tỷ lệ thành công trong điều trị thường cao ở những trường hợp không tinh trùng do tắc nghẽn. Với các kỹ thuật trên, từ tháng

03 năm 2002 đến nay, khoa Hiếm muộn bệnh viện Từ Dũ đã phối hợp với phòng khám Nam khoa bệnh viện Bình Dân điều trị cho khoảng 80 trường hợp vô sinh do không có tinh trùng, với tỉ lệ thai lâm sàng khoảng 40%. Kỹ thuật này mở ra hy vọng mới cho những cặp vợ chồng vô sinh do không có tinh trùng, giúp họ có cơ hội có con của chính mình.

Tuy nhiên, với trường hợp không có tinh trùng do tình hoàn giảm chức năng sinh tinh nặng (không do tắc nghẽn), khả năng lấy được tinh trùng thấp hơn, chất lượng tinh trùng kém hơn, do đó, tỉ lệ thành công cũng thấp hơn đáng kể. Bên cạnh đó, khả năng xuất hiện các bất thường di truyền ở con thường cao hơn.

HỖ TRỢ SINH SẢN VỚI SỰ THAM GIA CỦA YẾU TỐ BÊN NGOÀI

Với sự phát triển của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là thụ tinh trong ống nghiệm và các kỹ thuật tương đương đã cho phép các nhà y học can thiệp khá sâu vào quá trình thụ tinh và phát triển ban đầu của phôi người. Chính điều này đã mở ra khả năng cho sự tham gia của các yếu tố sinh học bên ngoài vào qui trình thụ tinh và mang thai của một cặp vợ chồng. Cụ thể là một cặp vợ chồng có thể có con với tinh trùng, trứng, phôi của người thứ ba hoặc nhờ một người thứ ba mang thai hộ. Trên thế giới, từ nhiều năm qua các kỹ thuật này đã dần dần trở thành những kỹ thuật điều trị vô sinh thường

qui. Ở nước ta, những năm gần đây, đã bắt đầu nảy sinh nhu cầu, cũng như các vấn đề liên quan đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có sự tham gia của các yếu tố sinh học bên ngoài.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có sự tham gia của yếu tố sinh học bên ngoài

Tên kỹ thuật	Nguồn tinh trùng	Nguồn trứng	Tử cung mang thai	Ghi chú
Cho tinh trùng	Người cho	Vợ	Vợ	Được phép thực hiện
Cho trứng	Chồng	Người cho	Vợ	Được phép thực hiện
Cho phôi	Người cho	Người cho	Vợ	Được phép thực hiện
Mang thai hộ	Chồng	Vợ	Người mang thai hộ	Cấm ở Việt Nam

Các kỹ thuật trên đã giúp điều trị cho những trường hợp vô sinh do nguyên nhân từ vợ hoặc chồng mà không thể điều chỉnh được bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thông thường.

Các trường hợp trên bao gồm:

Chồng hoàn toàn không có tinh trùng, bất thường nhiễm sắc thể, hoặc tinh trùng bất thường không đảm bảo thụ thai: xin tinh trùng.

Vợ bị cắt buồng trứng, mãn kinh sớm, bất thường nhiễm sắc thể hay buồng trứng suy yếu: xin trứng.

Cả vợ lẫn chồng đều bị một trong các vấn đề trên: xin phôi.

Vợ bị cắt tử cung, bất thường hay bệnh lý tử cung nên không mang thai được, vợ bệnh nội khoa nặng nên không thể mang thai được: mang thai hộ. Vì một số lý do khách quan và chủ quan, kỹ thuật này bị cấm ở Việt nam.

Theo nghị định của chính phủ và thông tư của Bộ Y tế về việc **“Sinh con theo phương pháp khoa học”**, ở Việt Nam, người phụ nữ độc thân có thể xin tinh trùng của người cho để có con riêng của mình mà không cần phải có chồng(!). Việt Nam là một trong số rất ít nước trên thế giới có qui định bằng văn bản cho phép phụ nữ độc thân có bằng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, sử dụng tinh trùng người cho (Theo khảo sát của Hiệp hội sinh sản thế giới năm 2001, trên thế giới chỉ có Canada và Israel là 2 nước có các qui định tương tự).

Các kỹ thuật trên do sự tham gia về sinh học của người thứ ba, ngoài hai vợ chồng, nên dẫn đến nhiều vấn đề phức tạp về pháp lý liên quan đến quyền của người bố, người mẹ, đứa trẻ, người cho tinh trùng, cho trứng, cho phôi... Việc xây dựng các qui định về những vấn đề liên quan trên sẽ giúp bảo vệ quyền lợi chính đáng của bệnh nhân, đứa trẻ sau này và nhân viên y tế khi thực hiện các kỹ thuật điều trị này.

Ngoài ra, một vấn đề khác cũng cần phải quan tâm là việc lây truyền các bệnh truyền nhiễm từ người cho trứng, tinh trùng, phôi cho cặp vợ chồng nhận và cho đứa bé sau này. Việc này đòi hỏi cần có qui trình chặt chẽ trong việc chọn lọc người cho.

CHO – NHẬN TINH TRÙNG

Điều trị vô sinh bằng tinh trùng của người cho, là kỹ thuật điều trị vô sinh lâu đời nhất trong lịch sử loài người. Đây cũng được coi là kỹ thuật thành công nhất và được áp dụng nhiều nhất từ trước đến nay. Vào thời điểm hiện tại, khi kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (HTSS) đã có những bước phát triển nhảy vọt thì kỹ thuật điều trị vô sinh bằng cho - nhận tinh trùng vẫn có vị trí không thể thay thế. Nghị định chính phủ về “Sinh con theo phương pháp khoa học” ban hành tháng 3/2003 vừa qua đã chính thức thừa nhận tính hợp pháp của kỹ thuật này, đồng thời quy định trách nhiệm và quyền hạn của những người liên quan trong việc thực hiện kỹ thuật. Tại sao một kỹ thuật đơn giản, hiệu quả như vậy lại cần những quy định pháp lý mới được phép triển khai? Hãy cùng điểm lại một vài kinh nghiệm của người đi trước để hiểu thêm về kỹ thuật này.

Kỹ thuật cho – nhận phôi trong điều trị vô sinh

Với sự cải thiện không ngừng của hệ thống nuôi cấy phôi trong phòng thí nghiệm, cũng như việc áp dụng thường quy các phác đồ kích thích buồng trứng trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, ngày càng có nhiều phôi với chất lượng tốt được hình thành. Bên cạnh đó, trữ phôi đã trở thành một kỹ thuật không thể tách rời của một trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm hoàn chỉnh, làm số lượng phôi được trữ ngày càng nhiều. Tuy nhiên trong số đó, có không ít trường hợp bệnh nhân không còn nhu cầu sử dụng nữa, dẫn đến tình trạng có nhiều phôi tồn đọng trong nitor lỏng trong thời gian dài. Nhằm hạn chế tình trạng

trên, ở hầu hết các nước trên thế giới, việc lưu trữ phôi thường được giới hạn trong một khoảng thời gian nhất định, trung bình là 2 - 5 năm. Mặc dù vậy, một thống kê tại các trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm ở Anh cho thấy vẫn có đến hàng chục ngàn phôi tồn đọng và phải được hủy bỏ. Trong đa số các trường hợp, khi hết hạn trữ phôi hay khi không còn nhu cầu sử dụng, cặp vợ chồng sở hữu các phôi có quyền yêu cầu (1) hủy bỏ phôi, (2) dùng cho nghiên cứu khoa học hay (3) cho phôi cho các cặp vợ chồng có nhu cầu.

Ngày nay, việc cho-nhận phôi được chấp nhận rộng rãi và áp dụng như một phương pháp điều trị vô sinh tại hầu hết các nước trên thế giới như Mỹ, châu Âu, Anh, Úc... Đứa bé đầu tiên trên thế giới chào đời từ kỹ thuật cho-nhận phôi được ghi nhận tại Úc vào năm 1984. Tại Việt Nam, kỹ thuật cho-nhận phôi đã chính thức được Chính phủ và Bộ Y tế cho phép thực hiện vào đầu năm 2003.

Các đối tượng có nhu cầu nhận phôi

Tại các nước trên thế giới, cho-nhận phôi là một kỹ thuật điều trị vô sinh thường chỉ được áp dụng cho một số trường hợp đặc biệt, thường gặp nhất là (1) người vợ có những bất thường về buồng trứng như suy buồng trứng sớm, kém đáp ứng với kích thích buồng trứng mà không có điều kiện thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm - cho trứng hay (2) người chồng có bất thường tinh trùng nặng mà không có điều kiện thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm hoặc xin tinh trùng, và (3) vợ hay chồng có các bệnh lý liên quan đến di truyền, có thể dẫn đến bệnh lý gây tử vong cho trẻ.

Riêng tại Việt Nam, các đôi tượng được điều trị bằng kỹ thuật cho-nhận phôi đã được quy định trong nghị định của chính phủ và thông tư của Bộ Y tế về việc “**Sinh con theo phương pháp khoa học**”.

Nguồn gốc của phôi người cho

Trữ lạnh phôi hiện đã trở thành một phần không thể tách rời của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản tại một trung tâm điều trị vô sinh. Trong nhiều trường hợp, sau một thời gian, một số cặp vợ chồng không có nhu cầu sử dụng những phôi còn đang được trữ lạnh. Trong những trường hợp này, các cặp vợ chồng trên có thể được hướng dẫn cho phôi để sử dụng cho các trường hợp có nhu cầu.

Một nghiên cứu cho thấy sau khoảng 2 năm trữ phôi, 12% bệnh nhân có ý muốn cho phôi để sử dụng cho người khác. Sau 5 năm, con số này là vào khoảng 18%. Do đó, số phôi có được có thể không đáp ứng đủ nhu cầu của bệnh nhân. Nhằm giải quyết tình trạng trên, phôi dùng trong kỹ thuật cho-nhận phôi còn có thể được tạo ra từ trứng và tinh trùng của người cho (donated oocytes/sperm).

Lợi ích

Một trong những lợi điểm của kỹ thuật cho-nhận phôi là chi phí điều trị thấp, tỷ lệ thành công lại tương đối cao. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng từ các chu kỳ cho-nhận phôi vào khoảng 25-35%. Bên cạnh đó, chi phí cho một chu kỳ cho-nhận phôi có thể chỉ xấp xỉ bằng chi phí của một chu kỳ chuyển phôi trữ (tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ là vào khoảng 2-3 triệu đồng).

Một số ý kiến cho rằng đối với những trường hợp có nhu cầu cho-nhận phôi, giải pháp có thể lựa chọn là xin con nuôi. Tuy nhiên, xin con nuôi là một vấn đề nhạy cảm và khá phức tạp, đặc biệt là về mặt pháp lý. Ngoài ra, một lợi điểm quan trọng, có ý nghĩa về mặt nhân văn và pháp lý là kỹ thuật cho-nhận phôi cho phép người mẹ mang thai và sinh ra đứa trẻ.

Nhu cầu của kỹ thuật cho-nhận phôi

Người ta thấy rằng nhu cầu được nhận phôi không nhiều ở những nước phương Tây. Một nghiên cứu cho thấy trong khoảng thời gian 6 năm, chỉ có 54 trường hợp đến để được nhận phôi từ người cho, so với trên 4000 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm được tiến hành trong cùng thời điểm. Tuy nhiên, trong một xã hội mang nặng truyền thống Á Đông như Việt Nam, việc không thể có con là một áp lực rất lớn cho các cặp vợ chồng, không chỉ ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình mà còn tác động không ít đến sự phát triển của xã hội. Đặc biệt trong điều kiện kinh tế vẫn còn là gánh nặng cho nhiều gia đình, và việc xin con nuôi vẫn còn chưa phổ biến, kỹ thuật cho nhận phôi sẽ là một sự chọn lựa phù hợp của các cặp vợ chồng. Do đó, có thể trong tương lai, số cặp vợ chồng có nhu cầu được điều trị bằng kỹ thuật cho-nhận phôi sẽ là một con số rất đáng được quan tâm.

Một số vấn đề cần quan tâm

Như đã đề cập, việc cho-nhận phôi đã được áp dụng thành công trên thế giới từ năm 1983. Cho đến nay, cho-nhận phôi đã trở thành một phần của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản

được áp dụng trên thế giới. Tuy nhiên, cần lưu ý đến tính chất phức tạp của kỹ thuật vì có liên quan đến quyền lợi của nhiều phía (1) vợ chồng người cho phôi; (2) vợ chồng người nhận phôi và (3) đứa bé được sinh ra. Bên cạnh đó, một số khái niệm cần được đưa ra và làm rõ như cha mẹ về mặt di truyền (genetic parents) và cha mẹ về mặt sinh học (biologic parents), từ đó, có những quy định chặt chẽ về quyền lợi cũng như trách nhiệm của các bên liên quan đối với đứa trẻ sau này.

THỤ TINH TRONG ỔNG NGHIỆM CHO TRỨNG

Thụ tinh trong ống nghiệm với trứng người cho thành công đầu tiên trên thế giới vào năm 1983 và đứa bé đầu tiên của kỹ thuật này ra đời 1984 tại Úc. Từ đó đến nay, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng (thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng) ngày càng phát triển rộng rãi và trở thành một phương pháp điều trị thường qui ở các trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm trên thế giới. Ban đầu, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng được áp dụng cho những trường hợp suy buồng trứng sớm. Sau đó, kỹ thuật này được mở rộng áp dụng cho các chỉ định khác như phụ nữ quanh tuổi mãn kinh sinh lý, buồng trứng đáp ứng kém với kích thích buồng trứng, các phụ nữ đã thất bại nhiều chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm với trứng của chính mình, các phụ nữ bị cắt 2 buồng trứng do u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng, xạ trị, hoá

trị gây suy buồng trứng và các phụ nữ có những bất thường nhiễm sắc thể. Thụ tinh trong ống nghiệm - cho trứng đã được thực hiện thành công

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nhất là trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, ngày càng nhiều những phụ nữ lớn tuổi, chức năng buồng trứng bị suy giảm mong muốn được làm mẹ. Trong dân số chung của phụ nữ, ở quanh tuổi 20, người phụ nữ có khả năng sinh sản cao nhất, tuy nhiên, đến 35 tuổi, khả năng sinh sản giảm còn một nửa và chỉ còn khoảng 1% khi người phụ nữ đến tuổi 40 và hơn nữa. Tương tự, trong thụ tinh trong ống nghiệm, tỉ lệ thành công giảm rõ rệt khi người phụ nữ lớn hơn hay bằng 35 tuổi.

Nghiên cứu tại Khoa Hiếm Muộn, bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ, kết quả thai lâm sàng của kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân (40 tuổi (chỉ tính những bệnh nhân đủ điều kiện chọc hút trứng) chỉ là 16% và ở bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng là 9,9%, giảm đi 5 lần so với tỉ lệ thai lâm sàng ở bệnh nhân tuổi trẻ và đáp ứng buồng trứng bình thường. Với những bệnh nhân tiên lượng kém này, thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng là một giải pháp hiệu quả giúp họ có khả năng làm mẹ. Hơn nữa, theo thống kê của Khoa Hiếm Muộn năm 2002, có 51,3% bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên và 20,8% từ 40 – 45 tuổi. Như vậy, nhu cầu áp dụng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng ở Việt Nam là rất lớn nhằm mang lại hạnh phúc cho những cặp vợ chồng vô sinh tương như không thể điều trị được.

**Chỉ định của kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm –
cho trứng**

1. Suy buồng trứng sớm.
2. Suy buồng trứng sau phẫu thuật.
3. Không quan sát được buồng trứng do dính.
4. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.
5. Thất bại trên 4 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm.
6. Tuổi tiền mãn kinh.
7. Mãn kinh sinh lý.
8. Bất thường di truyền.
9. Hội chứng kháng buồng trứng.

Tiêu chuẩn người cho trứng

1. Tuổi 18 – 35.
2. Đã có gia đình và có ít nhất một con bình thường khỏe mạnh.
3. Con nhỏ nhất lớn hơn 12 tháng.
4. Không mắc bệnh lý nội ngoại khoa, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh lý di truyền nào.
5. Test HBsAg, HIV, BW âm tính.
6. Xét nghiệm nội tiết đánh giá chức năng buồng trứng bình thường.
7. Không có tiền căn phẫu thuật trên buồng trứng.
8. Không có khối u buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, hội chứng buồng trứng đa nang.
9. Không đang cho con bú.
10. Không đang sử dụng nội tiết tránh thai.

Tiêu chuẩn người nhận trứng

1. Tuổi từ 18 – 45.
2. Vô sinh cần thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng do có một trong các chỉ định kể trên.

Quy trình thực hiện

1. Thủ tục pháp lý: theo Nghị định của Chính phủ về “Sinh con theo phương pháp khoa học” tháng 2/2003 và Thông tư hướng dẫn của Bộ Y tế tháng 6/2003, người cho và nhận trứng phải thực hiện các cam kết trên nguyên tắc tự nguyện cho và nhận trứng.

2. Khám tổng quát và thực hiện các khảo sát để nhận những người cho và nhận trứng đúng tiêu chuẩn.

3. Sử dụng nội tiết để điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt của người cho và nhận trứng cho giống nhau.

4. Kích thích buồng trứng của người cho trứng song song với chuẩn bị nội mạc tử cung của người nhận trứng bằng nội tiết.

5. Chọc hút lấy trứng của người cho trứng.

6. Tinh trùng của chồng người nhận được lấy cùng ngày với ngày chọc hút trứng.

7. Thụ tinh trong ống nghiệm trứng người cho với tinh trùng chồng người nhận.

8. Chuyển phôi vào buồng tử cung người nhận trứng. Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.

9. Thử thai và hỗ trợ nội tiết thai kỳ nếu có thai.

Kết quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

Tỉ lệ có thai lâm sàng thay đổi từ 22 – 67% tùy trung tâm, trung bình là 53,4% và tỉ lệ trẻ sanh sống từ kỹ thuật này là 42,6%.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả:

- Tuổi người cho và người nhận trứng.
- Số lượng và chất lượng trứng.
- Kỹ thuật chuẩn bị nội mạc tử cung.
- Kỹ thuật tạo phôi.
- Kỹ thuật chuyển phôi.
- Chất lượng phôi chuyển vào buồng tử cung.

Các ích lợi của kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm

– cho trứng

1. Số lượng trứng có được nhiều và chất lượng trứng tốt hơn.

2. Khả năng trứng bị bất thường nhiễm sắc thể thấp hơn do trứng được lấy từ người trẻ tuổi, do đó, tỉ lệ trẻ sanh ra bị dị tật thấp hơn. Nghiên cứu ở những phụ nữ có thai từ chính trứng của mình, tác giả Cunningham đã ghi nhận tỉ lệ trẻ bị bất thường nhiễm sắc thể là 0,1% ở mẹ 25 tuổi, tăng lên 2% ở mẹ 45 tuổi.

3. Số lượng phôi nhiều hơn, chất lượng phôi tốt hơn.

4. Có phôi dư được trữ lạnh để sử dụng sau này.

5. Chi phí thấp hơn do số thuốc cần sử dụng để kích thích buồng trứng của người cho trứng ít hơn.

6. Tỉ lệ có thai cao hơn, có thể đến 50%.

Tóm lại

Thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng là một kỹ thuật mang tính nhân đạo, thể hiện sự tương thân, tương trợ lẫn nhau trong cộng đồng. Thụ tinh trong ống nghiệm - cho trứng là một kỹ thuật điều trị hiệu quả cho những phụ nữ buồng trứng không còn hoạt động hoặc suy giảm chức năng.

CHỮA VÔ SINH BẰNG GENE

Các nhà khoa học Mỹ đã chữa vô sinh cho ruồi bằng một phương pháp mà có thể mang lại hy vọng cho nam giới có số tinh trùng thấp. Nó liên quan tới việc tiêm một gene quan trọng vào ruồi vô sinh.

Điều tương tự cũng xảy ra khi gene tương ứng ở người được tiêm cho ruồi. Nghiên cứu trên có thể mở ra những phương pháp mới điều trị vô sinh cho nam giới cũng như bào chế thuốc tránh thai dành cho phái mày râu.

Nghiên cứu do một nhóm các chuyên gia tại Đại học California, San Francisco tiến hành. Họ kiểm tra những chú ruồi không thể tạo tinh dịch bởi chúng mất đi một gene then chốt kiểm soát quá trình giảm phân (phân chia tế bào trứng và tinh trùng). Gene *Boule* tương tự cũng tồn tại ở người.

Tiến sĩ Eugene Yujun Xu nhận xét: "Xác định các gene chẳng hạn như *Boule* mà cần cho chức năng giảm phân chắc

chấn có ý nghĩa quan trọng về mặt lâm sàng. Giờ thì chúng tôi phải nghiên cứu để tìm các gene khác quy định chức năng giảm phân ở người”.

Khoảng 30% nam giới vô sinh gặp phải vấn đề mà trong đó tinh bào ngừng phân chia trước khi chín. Theo nhóm nghiên cứu, một ngày nào đó, giới khoa học có thể bào chế một loại thuốc khắc phục vấn đề này.

Gene trên cũng là một mục tiêu để các nhà nghiên cứu sản xuất một loại thuốc tránh thai dành cho nam giới. Bằng cách phong toả hoạt động của nó, thuốc có thể ngăn chặn cơ thể tạo tinh trùng chín (trưởng thành) song không làm ảnh hưởng tới khả năng sinh sản trong tương lai. Nhóm nghiên cứu đang lập kế hoạch tiến hành các thử nghiệm tương tự trên chuột.

THUỐC HỖ TRỢ SINH SẢN CHO PHỤ NỮ HIẾM MUỘN

Nhiều cặp vợ chồng chỉ cần ngừng sử dụng các biện pháp tránh thai là có thể thụ thai và có con ngay. Nhưng đối với một số trường hợp, con đường để có một đứa trẻ thật gian nan. Tùy theo nguyên nhân gây hiếm muộn, phụ nữ có thể dùng một số loại thuốc để khắc phục tình trạng này.

Hằng tháng, tuyến yên ở người phụ nữ tiết ra hoóc môn kích thích nang noãn FSH. Nhờ đó, một nang noãn của buồng trứng trưởng thành dần cho đến lúc một hoặc có khi hai nang

đạt tới độ chín. Lúc đó, tuyến yên lại tiết ra hoóc môn LH để làm cho nang noãn nào "chín" nhất, to nhất vỡ ra, giải phóng tiểu noãn (thường gọi là trứng). Trứng sẽ di chuyển vào vòi trứng. Muốn thụ thai, tinh trùng phải kết hợp với trứng ở đây.

Nguyên nhân gây hiếm muộn ở phụ nữ bao gồm thường là rối loạn về phóng noãn, gồm cả rối loạn kinh nguyệt hay vô kinh do thiếu hụt hay mất cân đối về hoóc môn. Ngày nay, nhiều thuốc hỗ trợ sinh sản đã giúp điều trị có kết quả các trường hợp này.

Các loại thuốc hỗ trợ sinh sản cho phụ nữ thường kích thích phóng noãn bằng cách mô phỏng tác động của FSH và LH tự nhiên, bao gồm:

Clomiphene citrate (còn có tên là Clomid, Serophene, Milophene): Thường dùng để điều chỉnh rụng trứng ở những phụ nữ có kinh nguyệt không đều. Khi thuốc có tác dụng, não nhận được một thông điệp giả rằng trong máu đang thiếu hụt oestrogen. Do đó, tuyến yên sẽ tiết ra FSH và LH để làm cho nang noãn trưởng thành và giải phóng tiểu noãn. Mỗi ngày uống 1 viên trong 5 ngày liên. Nên tiến hành xét nghiệm nhằm biết thời điểm thuận lợi nhất để thụ thai.

HCG (Pregnyl): Là kích thích tố chiết xuất từ rau thai người, dùng trong trường hợp đã uống thuốc làm nang noãn trưởng thành nhưng không thể phóng noãn một cách tự nhiên, phối hợp với Clomiphene, HMG và FSH. Thuốc được tiêm khi nang noãn đã trưởng thành và sẵn sàng phóng noãn.

HMG (Pergonal, Humegon, Repronex): Được chỉ định nhiều nhất cho phụ nữ không thể có phóng noãn tự nhiên, gồm

2 phần bằng nhau FSH và LH. Nếu như Clomiphene kích thích tuyến yên thì hMG và nhiều hoóc môn khác sẽ kích thích trực tiếp buồng trứng. Tiêm hằng ngày trong 1-2 tuần tùy thuộc vào đáp ứng của buồng trứng, theo dõi bằng siêu âm và đo nồng độ oestrogen trong máu. Khi siêu âm cho thấy đã có một nang noãn trưởng thành thì tiêm HCG để làm cho tiểu noãn được giải phóng.

FSH (Follistin, Gonal F): Thường chỉ định cho những phụ nữ có nồng độ LH tự nhiên cao - một sự mất cân đối thường do hội chứng buồng trứng đa nang gây ra. FSH giống như HMG về tác dụng kích thích buồng trứng để làm cho nang noãn trưởng thành. Cách dùng như HMG, cũng tiêm HCG để kích thích phóng noãn.

Bromocryptine (Parlodel): Dùng cho những trường hợp chu kỳ phóng noãn không đều do nồng độ prolactin cao (hoóc môn kích thích bài tiết sữa ở phụ nữ mới sinh). Thuốc có thể ức chế sự bài tiết prolactin và đưa nồng độ chất này trong máu trở về mức bình thường. Thuốc dạng viên, ngày uống 1-3 lần cho đến khi nồng độ prolactin trở về mức bình thường.

GnRH (Factrel, Lutrepulse): Được chỉ định khi tuyến dưới đồi không tiết đủ GnRH tự nhiên để kích thích tuyến yên sản xuất FSH và LH. GnRH tự nhiên được bài tiết theo chu kỳ; nếu tuyến dưới đồi của phụ nữ không bài tiết đủ GnRH thì cần tiêm thuốc và cũng tiêm theo chu kỳ.

Khi dùng thuốc hỗ trợ sinh sản, phụ nữ có thể gặp nguy cơ đa thai. Clomiphene citrate hiếm khi gây có mang quá 2 thai. Còn HMG và FSH có nhiều nguy cơ gây nhiều thai (vì

chúng được dùng liên tục nên thường xuyên kích thích buồng trứng tạo ra các nang noãn trưởng thành). Khoảng 15-25% chu kỳ điều trị bằng HMG và FSH đã sinh đa thai - khoảng 2/3 là sinh đôi và 1/3 là sinh ba hoặc nhiều hơn. Càng nhiều thai thì nguy cơ sinh non càng lớn.

Tài liệu tham khảo

1. Chuyên đề báo “Sức khỏe và đời sống” – Phát hành hàng tháng năm 2004, 2005.
2. Thông tin y dược Việt Nam - Bộ Y tế xuất bản năm 2003.
3. Bệnh học giới tính nam – NXB Y học.
4. Một số vấn đề cần thiết đối với bác sĩ sản phụ khoa – TS Nguyễn Đức Hình – NXB Y học.
5. Hiếm muộn vô sinh - kỹ thuật hỗ trợ sinh sản - Nhiều tác giả - NXB Y học.
6. Http:// www.vkhoa.net
7. Http:// www.nieukhoa.com

MỤC LỤC

Trang

PHẦN I

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ VÔ SINH

1. Hiếm muộn – vô sinh	7
2. Các nguyên nhân gây hiếm muộn – vô sinh thường gặp.....	12
3. Quan hệ tình dục sớm quá sẽ gây vô sinh	17
4. Tôi có bị vô sinh	18
5. Những người có thể bị vô sinh	19
6. Vô sinh – lỗi do cả nam và nữ	21
7. Những điều nên biết khi đi khám hiếm muộn	22
8. Thuốc mới trong điều trị vô sinh	26
9. Thuỷ ngân trong hải sản liên quan đến vô sinh	27
10. Biếng ăn có thể gây vô sinh	29
11. Hầu hết các cặp vợ chồng khỏe mạnh đều có con sau 2 năm	30
12. Mười bí quyết tăng khả năng thụ thai	31
13. Những câu hỏi thường gặp về vô sinh	34
14. Viêm nhiễm sinh dục có dẫn đến vô sinh	37
15. Người vô sinh có thể xin tinh trùng để sinh con	38

16. Bệnh Chlamydia ảnh hưởng đến khả năng sinh sản	39
17. Chữa trị hiếm muộn có hiệu quả	45
18. Kết quả mang thai khi cấy buồng trứng	47

PHẦN II

VÔ SINH NAM – NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

1. Tìm ra nguyên nhân ở một số nam giới.....	51
2. Thể tích tinh hoàn liên quan đến vô sinh như thế nào?.....	55
3. Nguyên nhân thường gặp gây vô sinh nam ..	58
4. Xuất tinh ngược dòng	61
5. Vô sinh do không tinh trùng	63
6. Vô sinh do tinh trùng chết	66
7. Rối loạn tinh dục nam.....	67
8. Bệnh quai bị và vô sinh nam	71
9. Phòng ngừa vô sinh nam giới sau quai bị	73
10. Giãn tĩnh mạch – một nguyên nhân gây vô sinh	74
11. Chứng xoắn thừng tinh	80
12. Chỉ có thể khiến nam giới vô sinh	81
13. Những nghề nghiệp làm giảm khả năng sinh sản.....	82
14. Tăng khả năng có con cho nam giới	85

15. Phụ nữ tránh thai – nam giới trở nên vô sinh	88
16. Khuẩn Chlamydia có thể khiến đàn ông vô sinh	89
17. Khám vô sinh nam	90
18. Dùng dầu cá lâu dài có thể dẫn đến vô sinh nam	94
19. Bệnh chàm ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới	95
20. Thói quen xấu ảnh hưởng đến việc sinh con	97
21. Chống hút thuốc lá - vợ dễ bị sảy thai	98
22. Thiếu và thừa chất dẫn đến vô sinh	99
23. Điều trị vô sinh nam giới.....	101
24. Vô sinh nam – niềm hy vọng.....	104
25. Sáu biện pháp tăng cường khả năng sinh con cho đàn ông	109
26. Đóng bím cho bé trai dễ gây vô sinh?	112

PHẦN III

PHỤ NỮ VÀ VẤN ĐỀ VÔ SINH

1. Vô sinh ở nữ giới	117
2. Kinh nguyệt thưa	118
3. Viêm cổ tử cung	119

4. Viêm khung chậu có thể dẫn tới vô sinh	120
5. Ảnh hưởng của việc nạo phá thai nhiều lần	123
6. Điều trị biến chứng sau nạo phá thai.....	124
7. Xuất huyết trong nang có ảnh hưởng đến việc vô sinh?.....	126
8. Thuốc tránh thai không gây vô sinh	127
9. Phụ nữ bị stress sẽ khó có thai.....	128
10. Ghép buồng trứng vào cánh tay để phòng vô sinh	128
11. Những dấu hiệu báo trước bệnh suy buồng trứng sớm.....	129
12. Hút thuốc có thể gây vô sinh ở phụ nữ	130
13. Uống nhiều thuốc Postinor có bị vô sinh không?	131
14. Thai trứng	132
15. Sảy thai tự nhiên.....	133
16. Cấy ghép tử cung – hy vọng của nhiều phụ nữ vô sinh	142
17. Y học cổ truyền với chứng vô sinh ở nữ giới	143
18. Hội chứng buồng trứng đa nang.....	147
19. Biến chứng trong điều trị vô sinh ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang	150
20. Tuổi của người vợ ảnh hưởng đến kết quả điều trị vô sinh	152

PHẦN IV

VÔ SINH NAM – NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

1. Vô sinh và các biện pháp điều trị..... 157
2. Điều trị vô sinh như thế nào?..... 160
3. Thuốc điều trị vô sinh không gây ung thư buồng trứng..... 162
4. Điều trị vô sinh bằng vitamin B12 164
5. Phương pháp điều trị hiệu quả và thông dụng nhất 165
6. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)..... 172
7. Thụ tinh trong ống nghiệm – một số nguy cơ thường gặp 182
8. Kích thích buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản..... 189
9. ICSI với tinh trùng lấy từ mào tinh..... 196
10. Điều chưa biết về labo thụ tinh trong ống nghiệm 199
11. Sự phát triển của trẻ sinh ra trong ống nghiệm 204
12. Kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI)..... 208
13. Các phương pháp phẫu thuật lấy tinh trùng..... 212
14. Hỗ trợ sinh sản với sự tham gia của yếu tố bên ngoài..... 215
15. Cho – nhận tinh trùng..... 218

16. Thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng	222
17. Chữa vô sinh bằng Gene	227
18. Thuốc hỗ trợ sinh sản cho phụ nữ hiếm muộn	228

Tên sách : **CẨM NANG PHÒNG VÀ CHỮA
BỆNH VÔ SINH**

Chịu trách nhiệm xuất bản : *Mai Quỳnh Giao*

Chịu trách nhiệm bản thảo : *Nguyễn Thu Hà*

Biên tập : *Lê Hải Yến*

Bìa : *Trọng Kiên*

Sửa bản in : *Tác giả*

NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ

39 Hàng Chuối – Hà Nội

ĐT: 9.710717 – 9.717979 – 9.717980 – 9.716727 – 9.712832.

FAX: 9.712830

E-mail: nxbphunu@vnn.vn

Chi nhánh:

16 Alexandre De Rhodes – Q.1 – TP. Hồ Chí Minh.

ĐT: 8.234806

In 1000 cuốn, khổ 13 x 19cm, tại Xí nghiệp In SAVINA -
Tổng công ty Sách Việt Nam

Số đăng ký KHXB: 17 - 2006 / CXB / 45 - 65 / PN

In xong và nộp lưu chiểu Quý III năm 2006



CẨM NANG

PHÒNG
& CHỮA BỆNH

VÔ SINH



cẩm nang phòng và chữa... (xb)



25.000 VNĐ