



Tủ sách
Y học phổ thông

Nguyễn Trí Dũng
(Biên soạn)

Bệnh Vô Sinh



CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ



NHÀ XUẤT BẢN VĂN HOÁ THÔNG TIN



BỆNH VÔ SINH

CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

BỆNH VÔ SINH

CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Trí Dũng (Biên Soạn)

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA - THÔNG TIN

____ Phần I ____

Điều cần biết về vô sinh

HIỂM 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 thường thời gian này kéo dài hơn 6 tháng. Ở nam giới hiện tượng này cũng xảy ra nhưng chậm 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, 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 có thể bao 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 và không đi vào đường sinh dục nữ được. 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.

- Nhiều thống kê trên thế giới cho thấy chất lượng tinh trùng nam giới đang giảm dần, có thể do ảnh hưởng môi trường và hoàn cảnh sinh sống.

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, càng làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nguy cơ dẫn đến hiếm muộn.

Hiện nay, tỷ lệ nạo phá thai ở phụ nữ khá cao. Một biến chứng lâu dài rất thường gặp của 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 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 vẫn không 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; thứ hai, quỹ thời gian để điều trị không còn nhiều.

Như đã nêu trên, hiếm muộn là vấn đề của một cặp vợ chồng, nguyên nhân có thể do một trong hai vợ chồng hoặc cả hai. Do đó, khi đi khám nên đi cả hai vợ chồng để bác sĩ dễ dàng chẩn đoán và điều trị cho bạn. Khi đến phòng khám, tùy theo 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: Những điều cần quan tâm khi khám hiếm muộn ở phụ nữ là: Tuổi, muốn có con bao lâu, số lần sinh, sảy, nạo thai, các cách ngừa thai trước đó, kinh nguyệt đều hay không đều, bao lâu có kinh một lần, kinh nguyệt kéo dài bao lâu, có bị đau khi hành kinh hay không, có mố 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 làm xét nghiệm về tinh trùng (còn gọi là tinh dịch đồ hay phân tích tinh dịch). Người bệnh cần 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 sức khỏe hiện tại, có bị bệnh quai 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 tiểu hay không, bạn hiện có sử dụng thuốc để điều trị bệnh nào khác không...

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 thoả 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 nữ.

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 Fructos: > 1g/l

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

Không có tinh dịch - Không có hoàn toàn 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.

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

- Tổn 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 cổ điều trị sớm vì tuổi càng cao thì có 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.

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 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 bơm qua lỗ cổ tử cung dùng vào thời điểm rụng trứng là biện pháp tốt nhất.

5. Tinh trùng tốt nhưng có dị vật 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 huỷ tinh trùng (lạnh 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 quái bị hay hậu quả của bệnh lậu. Trường hợp này không thể có thai.

NHỮNG ĐIỀU NÊN BIẾT KHI ĐI KHÁM HIỂM MUỘN

Đối tượng đến khám hiếm muộn

Một cặp vợ chồng sống chung 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 vào ngày thứ 4 - 5 vòng kinh.

Quy trình khám hiếm muộn

Nên đến khám cả 2 vợ chồng, đến bàn đón tiếp 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) 2 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.

Để 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 kiêng quan hệ: 3 - 5 ngày.
- Chuẩn bị trước khi lấy tinh trùng.
- Tinh thần thoải mái, tránh căng thẳng.

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 bản 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 tiêu 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, 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 IUI 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 chích thuốc gây kích thích rụng trứng và phải chích 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 IUI, nếu thấy căng đau vùng bụng dưới, bụng to lên, cảm giác khó chịu, bệnh nhân phải đến khám tại khoa Hiếm muộn.

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.

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. Trở 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.

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 kì 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

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 phụ nữ.

Chăm dứt 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

Bò 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 thể 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. Đàn 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. Hãy tận dụng tiết trời xầu mà ve vuốt nhau nhiều hơn dưới tấm chăn ấm.

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 kì 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 có ít hơn phụ nữ không hút thuốc tới 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 café

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

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP VỀ BỆNH VÔ SINH

*T*rực trực trong vấn đề có con hay gặp hơn người ta tưởng rất nhiều. Cứ 6 cặp vợ chồng lại có một đôi gặp “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 có 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 trùng.

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. Đây 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

tinh dịch 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 chày nhảy 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 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.

GHÉP THÀNH CÔNG BUỒNG TRỨNG

*C*ác nhà khoa học Anh đã thành công trong việc bảo quản buồng trứng bằng phương pháp đông lạnh rồi cấy lại vào người phụ nữ. Kết quả cho thấy buồng trứng lại bắt đầu hoạt động và tạo ra chu kỳ kinh nguyệt mới. Đây là một bước đột phá lớn trong cố gắng phục hồi khả năng sinh sản cho những phụ nữ đã trải qua điều trị ung thư.

Các bác sĩ tại và Bệnh viện Christie và Bệnh viện Manchester (Anh) đã tiến hành thử nghiệm trên 14 phụ nữ mắc bệnh ung thư chuẩn bị được điều trị. Vì thuốc chống ung thư thường khiến phụ nữ trở nên vô sinh, nên các nhà nghiên cứu đã lấy những lớp cắt mỏng từ buồng trứng của người bệnh để bảo quản bằng phương pháp đông lạnh. Sau vài năm, khi bệnh ung thư đã được điều trị xong, người ta lại cấy buồng trứng vào vị trí cũ.

Phương pháp này đã thành công trên một bệnh nhân 30 tuổi mắc bệnh u lympho. Một điều hết sức thú vị là buồng trứng đã tự hoạt động trở lại. Trong vòng 2 tháng, nó đã sản xuất được hoóc môn và tạo ra một

chu kỳ kinh nguyệt bình thường. Đây là lần đầu tiên thử nghiệm thành công ở người. Tuy nhiên, người bệnh vẫn chưa đạt được tình trạng rụng trứng (yếu tố không thể thiếu để thụ thai) và sau đó mô buồng trứng đã ngừng hoạt động. Các chuyên gia cho rằng nó có thể bắt đầu hoạt động lại vào bất cứ lúc nào. Một bệnh nhân thứ hai cũng đã được ghép buồng trứng và đang chờ kết quả. Trước đó, các thử nghiệm ghép buồng trứng đều thất bại hoàn toàn hoặc cơ quan này chỉ bắt đầu “khởi động” sau khi được tiêm hoóc môn liều cao.

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.

Văn 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 14/2/2003, 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 vào ngày 9/1/2003. 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 từ ngày 1/5/2003.

BỆNH CHLAMYDIA CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SINH SẢN

Khi nói đến nhiễm khuẩn sinh dục, nhiều người nghĩ ngay đến các bệnh: lậu, giang mai, nấm, trùng roi... Những 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

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 rệt. 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 nhưng 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 y tế 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

nhật. 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 tạp 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, tạp 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 đi theo cuộc đời, lây truyền thông qua quan hệ 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 bít tắc. 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 mỏng. 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 0,5 mm). 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, mặt bệnh ngày một thấy rõ trong các 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 sổ 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 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 HIỂM MUỘN HIỆU QUẢ

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

Không nên hút thuốc lá và uống rượu: 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 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 cần 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 vấn đề nam tính của họ. Nhưng bạn nên biết, một người có khả năng tinh 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 cây tình 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 phương pháp này.

Mọi hành động cố gắng để 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.

_____ 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 vờ 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 tiểu 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 tán 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 1ml tinh dịch (để có con, tối thiểu trong 1ml 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, hội chứng Cushing, 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 VÀ VÔ SINH

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, đong, đếm, đều được tuân thủ theo quyền cấm

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 tương ứng, đo được nồng độ testosterone 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.

6. Nồng độ kẽm trong tinh dịch, trong một lần phóng tinh

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 (thâm kín) khi lấy mẫu (tinh dịch, đo tinh 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.

RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG VÀ VÔ SINH

Thế nào là rối loạn cương?

Là tình trạng mất khả năng đạt được hoặc duy trì độ cương cứng của dương vật đủ để giao hợp.

Mô tả hai loại rối loạn cương

- Rối loạn cương do tâm lý xảy ra do các nguyên nhân về tâm lý. Ở những người < 35 tuổi dạng này thường gặp hơn.

- Rối loạn cương thực thể là thứ phát của một bệnh thực thể. Trong dạng này đôi khi có đi kèm thêm ảnh hưởng của yếu tố tâm lý. Thường gặp ở những người >50 tuổi.

Nếu 10 yếu tố cần phải đánh giá ở những người rối loạn cương:

Bệnh sử về tình dục

Bệnh sử nội khoa

Đánh giá về tâm thần

Khám lâm sàng

Xét nghiệm máu

Nghiệm pháp đo độ cương vào ban đêm.

Siêu âm Duplex

Cavernosometry

Cavernosography

Chụp động mạch dương vật chọn lọc

Thế nào là NPT (nocturnal penile tumescence)?

Là một nghiệm pháp giúp để phân biệt rối loạn cương do tâm lý hay rối loạn cương do thực thể. Phải đánh giá cả độ cương lẫn độ cứng của dương vật.

Các thuốc vận mạch được sử dụng như thế nào để đánh giá tình trạng rối loạn cương?

Các thuốc như Papaverin, Phentolamine, Prostaglandine E1 làm giãn động mạch thể hang và cơ trơn của thể hang. Các thuốc này được chích vào thể hang của dương vật trong khi làm siêu âm Duplex, cavernosography, cavernosometry, và chụp động mạch dương vật để đánh giá mức độ nghẽn tắc của động mạch và tĩnh mạch trong rối loạn chức năng cương.

Vai trò của Duplex ultrasound trong đánh giá rối loạn cương dương

Siêu âm Duplex dùng để đánh giá động mạch thể hang và dòng máu động mạch đến thể hang dương vật. Sau khi tiêm thuốc vận mạch vào trong thể hang, siêu âm Duplex sẽ xác định tốc độ dòng máu của động mạch thể hang.

Thế nào là cavernosography và cavernosometry?

Các test này được làm sau khi tiêm thuốc vận mạch vào thể hang để đánh giá cơ chế làm nghẽn tĩnh mạch của thể hang.

Cavernosometry: truyền liên tục normal saline vào thể hang và đo áp lực bên trong thể hang (áp lực cần để đạt được và duy trì sự cương)

Cavernosography: Bơm thuốc cản quang vào thể hang và chụp X quang để thấy được những chỗ dò rỉ tĩnh mạch của thể hang.

Nguyên tắc điều trị rối loạn cương

Liệu pháp tình dục: rất thường được dùng để điều trị rối loạn cương do tâm lý. Phải giáo dục cho cả hai người.

Điều trị nội khoa: Trước hết, khi bắt đầu rối loạn cương thì phải kiểm tra xem có đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến sự cương hay không, nếu có phải ngưng thuốc này. Những người hypogonadism thì cần sử dụng testosterone chích. Nếu có tăng prolactine thì sử dụng Bromocriptine (Parlodel).

Vacuum

Chích thuốc vào thể hang: các thuốc hoạt mạch như Papaverin, Phentolamine, Prostagladine E1.

Prothese dương vật: có hai loại là không dùng nước (dương vật cứng thường trực) và loại dùng nước (dương vật chi cứng khi có bơm nước vào prothese).

Nối lại động mạch dương vật: Ở những người trẻ

tuổi bị tắc nghẽn động mạch dương vật do chấn thương thì cách điều trị này thành công đến 70%, nhưng nếu ở người lớn hơn có bệnh xơ vữa động mạch thì hiếm khi thành công.

Thất tĩnh mạch dương vật: Điều trị những trường hợp rối loạn cương do sự suy giảm cơ chế chèn tĩnh mạch thể hang. Tỷ lệ thành công 50 - 60% sau 1 - 3 năm.

XUẤT TINH NGƯỢC DÒNG

Xuất tinh là sự tổng xuất tinh dịch ra niệu đạo qua ba giai đoạn: tinh xuất, đóng cô 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, cô bàng quang, cơ hành hang và ngòì 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, cô bàng quang, cơ hành hang, ngòì 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 cô 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. Đếm 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 được 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 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.

MÓN ĂN VÀ BÀI THUỐC CHO ĐÀN ÔNG VÔ SINH

Gà trống 1 con, cầu khởi tử 20g, hoàng tinh 20g. Gà làm thịt, moi ruột, rửa sạch, cho 2 vị thuốc vào hầm nhừ để ăn. Món ăn - bài thuốc này thích hợp với bệnh nhân vô sinh có các triệu chứng: thất lưng, đầu gối mỏi nhừ, miệng khô, hoa mắt, chóng mặt.

Thịt chó 250g, tiên mao, tiên linh từ mỗi thứ 15g, nấu chín nhừ để ăn. Thích hợp với những bệnh nhân thất lưng đau mỏi nhừ, chân tay lạnh giá, công năng tinh dục suy giảm.

Thực ra, 100g, gạo tẻ 50g. Thịt rửa sạch, thái nhỏ, cũng có một lượng tinh tử để ăn. Món ăn này dành cũng có những trường hợp tỷ lệ tinh trùng, liệt thường (70 - 75%) nhưng khả năng thụ thai vẫn thấp, 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%).

Gan lợn 100g, rau chân vịt 50g đem xào chín để ăn. Thích hợp với bệnh nhân tinh trùng ít hoặc sức hoạt động của tinh trùng yếu.

Ba ba 1 con mô thịt, rửa sạch, nấu lên ăn. Thích dụng với những người lòng bàn tay, lòng bàn chân và vùng mô ác lạnh, di tinh, xuất tinh sớm, thất lưng mỏi nhừ.

Trứng chim sẻ 4 quả, đánh lẫn với phần thịt của 5 quả long nhãn, nấu chín lên ăn, mỗi ngày 3 lần. Thích hợp với các bệnh nhân vô sinh nói chung.

Dương vật bò 25g, dương khởi thạch (một loại khoáng chất) 25g, bột hạt dẻ 25g, gạo tẻ 100g. Nấu dương khởi thạch lấy nước, dùng nước đó nấu cháo với dương vật bò để ăn, ngày 2 lần. Thích hợp với bệnh nhân liệt dương, không xuất tinh, tinh trùng ít và yếu.

BỆNH QUAI BỊ VÀ VÔ SINH

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 ổ 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 thước tinh hoàn nhỏ hơn bình thường, đã có hơn phân nửa có bị bệnh quai bị sau dậy thì. Đồng thời,

trong 36 trường hợp có tiền căn quai bị sau đây 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 có 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.

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 GTMT

Theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới, GTMT 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 GTMT không bị hiếm muộn nhưng 35 - 40% đàn ông bị hiếm muộn nguyên phát bị GTMT và 69 - 81% đàn ông bị hiếm muộn thứ phát bị bệnh này. Điều này chứng tỏ GTMT làm suy giảm dần dần chức năng sinh tinh của tinh hoàn.

Các biến đổi mô học do GTMT

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

Ảnh hưởng của GTMT 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 tinh mạch tinh giúp làm nguội máu từ động mạch tới tinh hoàn. Khi tinh 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, tim 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 oxy trong GTMT có thể ảnh hưởng xấu đến chức năng tinh hoàn. Thiếu oxy 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 oxy 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 GTMT 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 GTMT.

Tinh dịch đồ: Trong GTMT, 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 GTMT 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 GTMT 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 dầy nằm trên tinh hoàn, thường là bên trái, và tinh hoàn cùng phía tĩnh mạch giãn thường nhỏ hơn tinh hoàn bên kia. GTMT thường được chia thành ba độ:

Độ 1: GTMT chỉ sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ 2: GTMT sờ thấy ở tư thế đứng.

Độ 3: GTMT nhìn thấy dưới da bìu và sờ thấy khi bệnh nhân đứng.

Xét nghiệm. Các xét nghiệm giúp phát hiện GTMT mà khám lâm sàng bỏ sót (GTMT dưới lâm sàng subclinical varicocele).

Siêu âm, theo Pierek, giúp phát hiện 34% trường hợp GTMT mà khám lâm sàng bỏ sót. Siêu âm Doppler có giá trị cao trong chẩn đoán GTMT, 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 GTMT nhưng đây là một xét nghiệm xâm lấn và có những biến chứng nguy hiểm.

Các yếu tố tiên lượng

Độ GTMT: Sau mổ, tỉ lệ có thai tự nhiên của những bệnh nhân bị GTMT độ 2 và độ 3 cao hơn những người

bị GTMT 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 năng (< 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 GTMT 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 tinh mạch tinh ngả sau phúc mạc (phẫu thuật Palomo) có tỉ lệ tái phát cao và không bảo tồn động mạch tinh. Phẫu thuật ngả bẹn (phẫu thuật Japjissevich) 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 ngả dưới bẹn có những thuận lợi tương tự như phẫu thuật ngả bẹn và ít đau hơn do không cắt cơ, tuy nhiên cần phải có vi phẫu. Phẫu thuật ngả 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 ngả sau phúc mạc; tuy nhiên nội soi ổ bụng lại tốn kém nhiều và nó biến phẫu thuật điều trị GTMT 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 ngả dưới bẹn hay ngả 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 GTMT giúp cải thiện tình 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.

Mối liên hệ hiệu quả - chi phí. Tuy có sự thành công ngoạn mục của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như IUI, IVF, ICSI, không nên bỏ qua việc điều trị bệnh nhân nam bị hiếm muộn mà tiến thẳng đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản vì có những trường hợp hiếm muộn nam có thể điều trị có hiệu quả như GTMT. Tại Mỹ, năm 1994, theo Schlegel, chi phí cho mỗi trường hợp sinh con nhờ phẫu thuật điều trị GTMT là 26.300 USD; trong khi đối với ICSI là 89.000 USD.

CHỨNG XOẮN THÙNG TINH

Bệnh 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, mất 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, mất 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 mù 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.

CHÌ CÓ THỂ KHIẾN NAM GIỚI VÔ SINH

*N*guyên 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 ở sinh nam:

1. Nghề có môi trường quá nóng

Đề 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°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 ly phóng xạ

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

tình trùng dị dạng là 86%.

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

TĂNG KHẢ NĂNG CÓ CON CHO NAM GIỚI



Vai trò sinh sản của nam 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 khoẻ 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 marijuana 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 tiền 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.

KHUẨN CHLAMYDIA KHIẾN ĐÀN ÔNG VÔ SINH

*C*hlamydia, 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 nhờn 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.

DÙNG DẦU CÁ LÂU DÀI CÓ THỂ DẪN ĐẾN VÔ SINH

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 kết quả: 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 bổ điền rất có hiệu quả trong việc phòng ngừa các bệnh tim mạch.

BỆNH CHÀM 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 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 ĐH 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 khuyên.

Các triệu chứng ở nam giới:

- Có khí 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.

CHỒNG HÚT THUỐC LÁ, VỢ DỄ SẼY 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 hút 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 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 Xiping 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 h 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.

SÁU BIỆN PHÁP TĂNG CƯỜNG KHẢ NĂNG SINH CON Ở 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 tuý 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 kìm hãm sự sản xuất tinh trùng.

2. Giảm tác động của hoá chất

Theo thống kê của các nhà khoa học thì tình trạng 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 hoocmôn.

- 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 hoá chất phụ gia.

Cần kiểm soát được trọng lượng cơ thể. Cần 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, các 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).
- Sâm dương hoắc (500mg/ngày).
- Muira puam (500mg/ngày).
- Rhodila Rosea (500mg/ngày).
- Tribulus Terrestris (500 mg/ngày).
- Saw palmetto berry (một dạng thảo dược - 80 mg/ngày).

_____ 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 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 trắc trở 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.

VIÊM KHUNG CHẬU CÓ THỂ DẪN ĐẾN VÔ SINH

*B*ệnh viêm khung chậu (PID) 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 PID bao gồm: khí hư có mùi khó chịu kèm theo đau mỗi khi đi tiêu; đau nhức ở bụng dưới; buồn nôn và nôn; kinh nguyệt không đều; đau khi giao hợp; mỏi mệt; tiêu chảy.

PID có thể là hậu quả của một bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) nào đó không được phát hiện và điều trị kịp thời. 90 - 95% số ca là do vi khuẩn từ âm đạo xâm nhập từ 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 STDs 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 PID 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 PID, 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 STDs. 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 STDs nhưng có thể giúp tránh được PID 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 STDs và có thể đẩy vi khuẩn gây bệnh vào sâu đường sinh dục trên. Khi có bất kỳ triệu chứng nào liên quan đến PID, bạn hãy gặp bác sĩ ngay. Đặc biệt nên cảnh giác với các triệu chứng nếu bạn vừa bị PID 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 đẻ, 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 dễ 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 tiểu 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 tiểu 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 tiểu khung là đau ở vùng bụng dưới, ra khí hư như mù 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 3 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.

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.

HÚT THUỐC 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. Kết luận này được đưa ra hôm qua (15/7). Đây là nghiên cứu đầu tiên khẳng định những nghi ngờ từ rất lâu về mối liên hệ giữa hút thuốc lá và chứng vô sinh ở nữ.

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 ?

“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? Xin chân thành cảm ơn.”

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, chỉ 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.

NẠO KẾ HOẠCH

“Em năm nay 22 tuổi, khi có thai được 2 tháng thì bị cảm cúm rất nặng. Em sợ thai bị ảnh hưởng nên đã đi nạo kế hoạch. Xin hỏi bác sĩ sau nạo kế hoạch có khả năng viêm nhiễm âm đạo và vô sinh không?”

Trả lời:

Nạo kế hoạch là một phương pháp phá thai trong 3 tháng đầu thai kỳ. Tuổi thai càng lớn thì biến chứng càng dễ xảy ra:

- Thường gặp nhất là nhiễm trùng. Tùy theo mức độ nặng nhẹ và điều trị có kịp thời không, sự viêm nhiễm này có thể gây tắc nghẽn ống dẫn trứng, dẫn đến việc chậm có con.

- Không có kinh sau nạo (kết quả thử nước tiểu và siêu âm đều khẳng định là không có thai lại). Nguyên nhân là do buồng tử cung bị dính, có thể dẫn đến vô sinh.

Trường hợp của em, nên đến bệnh viện khám để được soi tươi - nhuộm gram khí hư, tìm tác nhân gây bệnh để điều trị dễ dàng và nhanh hơn. Chúc em thành công!

SẤY THAI VÀ NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

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 hòng 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 (NST), bệnh tạo keo mạch máu (lupus), đái tháo đường, khiếm khuyết pha hoàng thể, nhiễm trùng, và bất thường tử cung bẩm sinh.

NST 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 NST 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 NST 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 NST bất thường. Tỷ lệ này giảm còn 20% đối với sảy thai 3 tháng giữa. Nói dễ hiểu, bất thường NST 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 NST 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 tam cá nguyệt 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 lạnh tính trong tử cung gọi là u xơ tử cung. Các u xơ này phát triển lạnh 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 ?

Co thắt 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.

Những từ nào thai phụ thường nghe trong lúc đánh giá sảy thai ?

Sảy thai là giới hạn thai kỳ nhỏ hơn 20 tuần tuổi. Sảy thai hoàn toàn chỉ sảy thai tự nhiên (không cố ý gây ra do thuốc hay thủ thuật), đẩy ra ngoài tất cả mô thai và nhau trước 20 tuần tuổi.

Sảy thai không hoàn toàn là chỉ một phần chứ không phải tất cả mô thai và nhau được tổng ra.

Bào thai là bao gồm mô thai và mô nhau

Đọa sảy thai tức là sảy thai thực sự không xảy ra nhưng có chảy máu từ từ 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 qui 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 NST 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 NST, 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 NST 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 làm 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.

Để phòng sảy thai

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 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.

Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI CHỨNG VÔ SINH Ở PHỤ NỮ

Khi phụ nữ ở tuổi sinh đẻ, nếu người bạn đời của họ có chức năng sinh sản bình thường, cùng có sự đồng tình quyết tâm, sau 1 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. Nguyên nhân vô sinh phần lớn thuộc nữ giới (khoảng 85%).

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 (YHCT) 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 mỏi 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. Chất lưỡi nhợt, có vết hằn răng quanh lưỡi; mạch trầm trì, nhu, tế hoặc đới hoạt. Nguyên nhân có thể bẩm tổ 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, tiêu 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. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít, vàng, mạch tế sắc. 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 hòa vượng: ngoài rối loạn kinh nguyệt như trên, còn thường tỏ ra bực 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 củng cố bằng bài tứ vật thang, quy tỷ 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 ứ. 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.

BIẾN CHỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH Ở PHỤ NỮ CÓ 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.

Đề điều trị vô sinh cho những trường hợp có hội chứng BTĐN, 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 BTĐN, 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 BTĐN. 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 BTĐN 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 BTĐN, 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 BTĐN. 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 BTĐN 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 BTĐN.

Tóm lại, hội chứng BTĐN 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.

_____ 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 TP

HCM, 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:

- Canh 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 (TTTÔN): 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, TTTÔN: 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 TTTÔN, 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 TTTÔN.

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:

TT	Lần 1 (triệu đồng)	Lần 2 (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 (TTTÔN) 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 TTTÔN, ở độ tuổi trung bình là 32. Họ đã từng làm TTTÔN 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 lưu lượng 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 đăng trên tạp chí Sinh sản và Vô sinh của Mỹ số tháng này.

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH BẰNG VITAMIN B12

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 HIỆU QUẢ 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 nhanh so với trước đây. Các phương pháp được áp dụng bao gồm:

- Hướng dẫn cách canh thời rụng trứng và giao hợp 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 mong con (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 (TTTON) 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 TTTON, 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 TTON còn thay đổi tùy kinh nghiệm của từng trung tâm, tùy đối tượng bệnh nhân điều trị. Ví dụ, các trung tâm nhận 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 trong bụng 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% có 3 - 4 thai.

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

Câu trả lời là 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?

Câu trả lời là 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.

- Khoảng 2 - 3 ngày sau, phôi sẽ được chọc 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.

- Khoảng 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 TTTON. 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.

Canh giao hợp quanh ngày rụng trứng là như thế nào?

Để tăng khả năng có thai, nhân viên y tế thường

khuyến bạn canh 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 mỗi 12 giờ 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 nặng. ICSI được thực hiện tương tự như TTON, 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 m) 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 VSCRNN

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 (CRNN) là nhóm phù hợp nhất với các điều kiện của kỹ thuật IUI.

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 1 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 1 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.

Kiên giao hợp bao lâu trước khi IUI ?

Thời gian kiên 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 IVF ?

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 IVF.

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 1 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 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 khoẻ 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 (LNMTTC) là bệnh lý tuy không nguy hiểm nhưng có thể đưa đến tình trạng vô sinh cho người bệnh vì LNMTTC gây gây tổn thương vòi trứng, phá hủy nhu mô buồng trứng, viêm dính vùng chậu. Vì vậy LNMTTC thường có tiên lượng điều trị thấp. Một số tác giả 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 TTON là lựa chọn ưu tiên ở những bệnh nhân LNMTTC.

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 Dù 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 lực chọn giải pháp điều trị mang lại kết quả tối ưu.

THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM VÀ MỘT SỐ NGUY CƠ THƯỜNG GẶP

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) 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 TTTON 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 TTTON thường được xem là một kỹ thuật tương đối an toàn, nhưng người phụ nữ khi tham gia vào chương trình TTTON, 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 để 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 (QKBT)

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 QKBT thể nặng. Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao, chu kỳ TTTON 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. QKBT 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 từ 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 QKBT, đặc biệt là những bệnh nhân với hội chứng buồng trứng đa nang.

Hội chứng quá kích buồng trứng (HCQKBT) là biến chứng thường gặp ở những bệnh nhân có sử dụng thuốc kích thích buồng trứng trong điều trị vô sinh. HCQKBT 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 rầm rộ 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), HCQKBT 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 hoá 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 thiểu 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. Mặc 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 sỹ 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 ói không ăn uống được hoặc nôn ói và tiểu chày 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

Het 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 10 cm.

Nếu bệnh nhân không có thai trong lần điều trị này, HCQKBT 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, HCQKBT 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 TTON, nếu bệnh nhân có nguy cơ của HCQKBT 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 hCGHCQKBT 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 TTON, 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 tiền lượng tốt cũng là một hướng đang được xem xét. Ngoài ra, kỹ thuật giám 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 TTON, 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

TTTON 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.

CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technologies) là những kỹ thuật Y Sinh học được áp dụng để điều trị vô sinh. Từ khi phương pháp Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) thành công năm 1978 ở Anh, khái niệm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hình thành và phát triển rất mạnh trên toàn thế giới. Ở các nước phát triển, hiện có khoảng 1 - 5% số em bé sinh ra hiện nay là từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (không kể thụ tinh nhân tạo). Người ta ước tính có trên nửa triệu chu kỳ hỗ trợ sinh sản được thực hiện mỗi năm trên toàn thế giới. Trên thế giới đã có hàng triệu em bé ra đời từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Tại Việt Nam, con số này có thể đạt đến 1.000 vào năm nay và hiện nay có khoảng 250 em bé ra đời mỗi năm từ các kỹ thuật TTTN.

Theo phân tích của nhiều trung tâm, thụ tinh nhân tạo (hay IUI) không xếp vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technologies - ART). Người ta

định nghĩa rằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản bao gồm những kỹ thuật điều trị vô sinh, trong đó, có chọc hút trứng và đem trứng ra bên ngoài cơ thể. Tuy nhiên, trong điều kiện các kỹ thuật điều trị vô sinh vừa mới phát triển, dễ đơn giản và dễ hiểu trong việc sử dụng thuật ngữ, chúng tôi đề nghị nhập kỹ thuật thụ tinh nhân tạo vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Thụ tinh nhân tạo (artificial insemination)

Thụ tinh nhân tạo (TTNT) là một trong những kỹ thuật điều trị vô sinh phổ biến nhất, đặc biệt trong hoàn cảnh nước ta hiện nay. Hiện nay, hầu hết các trung tâm trên thế giới đều áp dụng kỹ thuật kỹ thuật bơm tinh trùng sau chuẩn bị vào buồng tử cung (IUI) để thực hiện thụ tinh nhân tạo. Do đó, khi nói đến TTNT, có thể hiểu là IUI với tinh trùng đã chuẩn bị. Một số kỹ thuật thụ tinh nhân tạo hiện nay không còn hoặc ít được sử dụng như bơm tinh trùng đã chuẩn bị vào cổ tử cung, bơm môi trường chứa tinh trùng vào đến vòi trứng và ổ bụng.

Thụ tinh trong ống nghiệm và chuyển phôi (IVF/ET)

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) có nghĩa là cho trứng và tinh trùng kết hợp với nhau trong phòng thí nghiệm (thay vì trong vòi trứng người phụ nữ). Sau đó, phôi hình thành sẽ được chuyển trở lại vào buồng tử cung. Quá trình phát triển của phôi và thai sẽ diễn ra bình thường trong tử cung người mẹ. Tỷ lệ thành công của mỗi chu kỳ điều trị IVF/ET trung bình trên thế giới hiện nay khoảng 25%. Tỷ lệ này phụ thuộc vào tuổi bệnh

nhân, chỉ định điều trị và phác đồ điều trị của từng trung tâm.

Một số kỹ thuật phát sinh từ TTON

Chuyển giao từ vào vòì trứng (GIFT), chuyển hợp tử vào vòì trứng (ZIFT) chuyển phôi vào vòì trứng (TET). Các kỹ thuật này chỉ có thể thực hiện cho những trường hợp có ít nhất một vòì trứng hoàn toàn bình thường về mặt giải phẫu và chức năng. Kỹ thuật chuyển giao từ hoặc phôi vào vòì trứng phải được thực hiện qua phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tỉ lệ thành công của các kỹ thuật này nói chung không cao hơn kỹ thuật TTON, trong khi đó chi phí cao hơn, cần nhiều trang bị phức tạp hơn, tỉ lệ tai biến cao hơn và tỉ lệ thai ngoài tử cung cũng cao hơn. Do đó, các kỹ thuật này hiện chỉ được áp dụng rất ít, chủ yếu vì lý do tín ngưỡng.

Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (Intracytoplasmic Sperm Injection)

Kỹ thuật được ra đời nhằm khắc phục tình trạng tỉ lệ thụ tinh thấp hoặc không thụ tinh khi thực hiện TTON do bất thường quá trình thụ tinh hay chất lượng tinh trùng thấp. Với kỹ thuật này, người ta có thể tạo một hợp tử hoàn chỉnh bằng một trứng và một tinh trùng duy nhất. Đây được xem là một cuộc cách mạng trong điều trị vô sinh do nguyên nhân ở nam giới.

ICSI hiện nay đã chiếm khoảng 50% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và là một kỹ thuật không thể thiếu ở một trung tâm HTSS. Kỹ thuật này

có thể cho tỉ lệ thụ tinh cao hơn, làm số phôi có được nhiều hơn, nhiều khả năng chọn lọc được phôi tốt để chuyển vào buồng tử cung. Kỹ thuật ICSI hiện nay có thể thực hiện với tinh trùng tươi hoặc sau trữ lạnh; tinh trùng trong tinh dịch hoặc tinh trùng sinh thiết từ mào tinh và tinh hoàn.

Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản với sự tham gia của “người thứ ba”

Các kỹ thuật điều trị trên cũng dựa trên cơ sở kỹ thuật của các KTHTSS đã trình bày. Tuy nhiên, do tính chất của bệnh lý vô sinh, để điều trị, cần có sự hỗ trợ về sinh học của người thứ ba. Đây là những kỹ thuật điều trị có liên quan nhiều đến các vấn đề y học, pháp lý, nhân đạo và quan niệm đạo đức xã hội.

Các kỹ thuật này bao gồm

- *Xin tinh trùng*: Kỹ thuật này để điều trị cho các trường hợp vô sinh nam hoàn toàn không có tinh trùng.

- *Xin trứng*: Kỹ thuật này áp dụng cho những trường hợp người vợ bị cắt buồng trứng, buồng trứng bị suy yếu. Trứng xin từ người thứ ba có thể để thực hiện TTTON hoặc ICSI với tinh trùng chồng sau đó chuyển phôi lại vào tử cung người vợ.

- *Xin phôi*: Phôi dư từ các cặp vợ chồng làm TTTON sau khi đã thành công, có đủ con, được tự nguyện hiến lại cho ngân hàng phôi. Phôi được chuyển vào tử cung người xin.

- *Mang thai hộ*: kỹ thuật này thường được áp dụng

cho những trường hợp người phụ nữ có buồng trứng bình thường nhưng đã bị cắt tử cung hoặc bị bệnh lý nội khoa nặng (Ví dụ: bệnh tim) khiến việc mang thai có thể nguy hiểm đến tính mạng của mẹ và con. Tinh trùng chồng và trứng người vợ được cho TTON. Sau đó phôi được chuyển vào tử cung người mang thai hộ.

Sự phát triển rất nhanh của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã đặt cho chúng ta một vấn đề lớn về quản lý. Ngoài việc chọn các chỉ định thích hợp và đánh giá mặt lợi hại của từng kỹ thuật, chúng ta cần đảm bảo về mặt y đức của các kỹ thuật trên để đảm bảo chúng phục vụ tốt cho việc điều trị vô sinh và tránh việc lạm dụng các kỹ thuật điều trị.

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%).

Phác đồ thực hiện ICSI 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 TTON vào cùng ngày chọc hút trứng.

+ Xử lý dịch hút được từ mào tinh để chuẩn bị tinh trùng.

+ Thực hiện kỹ thuật ICSI.

+ 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.

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ LABO THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM

Trong toàn bộ quy trình thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) bệnh nhân phải lui tới bệnh viện rất nhiều lần để xét nghiệm, theo dõi và chích thuốc. Chỉ đến ngày chọc hút trứng, bệnh nhân mới phải làm hồ sơ nhập viện để vào khu vực phòng TTTON. 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 (KHV) 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 ICSI. 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 cây 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. Dầu 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 KHV, 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 hóa kiếp 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 microlit (microlit = $1/106$ lít).

Bước kế tiếp được thực hiện trên KHV 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.

SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ SINH RA TRONG ống NGHIỆM

Từ khi đứa 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 đưa bé đầu tiên ra đời từ kỹ thuật TTTON tròn 5 tuổi. Từ khi kỹ thuật TTTON 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 1.000. 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 TTTON so với dân số bình thường.

Nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ sinh ra từ kỹ thuật TTTON 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 TTTON. Một nghiên cứu cho thấy, 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 TTON đều phát triển bình thường, cả về thể chất lẫn tâm thần và vận động.

Tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ, hiện đang tiến hành một nghiên cứu nhằm khảo sát sự phát triển về thể chất, tâm thần và vận động của những trẻ được sinh ra từ các chu kỳ TTON 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, từ vong chu sinh cũng như sự phát triển về tâm 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.

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 ICSI. 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 thu 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 bộc 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 tinh 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 TỔ BÊN NGOÀI

Với sự phát triển của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là TTTON 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

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 không đều bị 1 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 quy 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 (CNTT) 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 TTTON - cho trứng hay (2) người chồng có bất thường tinh trùng nặng mà không có điều kiện thực hiện TTTON 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 đối 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 đưa 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 (TTTON - 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 TTTON - 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 TTTON 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. TTTON - 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 TTTON, 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 TTTON 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, TTTON – 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 TTTON có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên và 20,8% từ 40 - 45 tuổi. Như vậy, nhu cầu áp dụng kỹ thuật TTTON - 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 TTTON - 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 TTON.
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 khoẻ 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 TTON - 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 sinh 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 TTON - 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 sinh ra bị dị tật thấp hơn. Nghiên cứu ở những phụ nữ có thai từ chính trứng của mình, tác giả Cunningham và cs. 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

TTTON – cho trứng là một kỹ thuật mang tính nhân đạo, thể hiện sự tương thân, tương trợ lẫn nhau trong cộng đồng. TTTON - 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.

TRỊ 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 nữ.

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. 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 chắn 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 HIỂM 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 tiêu 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 liền. 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

trường 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.

MỤC LỤC



PHẦN I

ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ VÔ SINH

Hiếm muộn vô sinh	5
Các nguyên nhân gây hiếm muộn vô sinh thường gặp	10
Những người có thể bị vô sinh	15
Những điều nên biết khi đi khám hiếm muộn	18
Bi quyết tăng khả năng thụ thai	23
Những câu hỏi thường gặp về bệnh vô sinh	27
Ghép thành công buồng trứng	32
Người vô sinh có thể xin tinh trùng để sinh con	34
Bệnh Chlamydia có thể ảnh hưởng đến sinh sản	36
Chữa trị hiếm muộn hiệu quả	42

PHẦN II

VÔ SINH NAM - NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

Tìm ra nguyên nhân ở một số nam giới	46
Thế tích tinh hoàn và vô sinh	51
Rối loạn cương dương và vô sinh	55

Xuất tinh ngược dòng	59
Vô sinh do không tinh trùng	62
Vô sinh do tinh trùng chết	66
Món ăn và bài thuốc cho đàn ông vô sinh	68
Bệnh quai bị và vô sinh	70
Giãn tĩnh mạch - Một nguyên nhân gây vô sinh	73
Chứng xoắn thừng tinh	79
Chỉ có thể khiến nam giới vô sinh	81
Những nghề nghiệp làm giảm khả năng sinh sản	83
Tăng khả năng có con cho nam giới	87
Khuẩn chlamydia khiến đàn ông vô sinh	90
Dùng dầu cá lâu dài có thể dẫn đến vô sinh	92
Bệnh chàm ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới	94
Chồng hút thuốc lá vợ dễ sảy thai	96
Thiếu và thừa chất vô sinh	98
Sáu biện pháp tăng cường khả năng sinh con ở đàn ông	100

PHẦN III

PHỤ NỮ VÀ VẤN ĐỀ VÔ SINH

Vô sinh ở nữ giới	105
Viêm khung chậu có thể dẫn đến vô sinh	107
Ảnh hưởng của việc nạo phá thai nhiều lần	111
Thuốc tránh thai không gây vô sinh	113
Hút thuốc gây vô sinh ở phụ nữ	114
Uống nhiều thuốc Postinor có bị vô sinh không?	116
Nạo kế hoạch	117
Sảy thai và những điều cần biết	118

Y học cổ truyền với chứng vô sinh ở phụ nữ	128
Biến chứng trong điều trị vô sinh ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang	132

PHẦN IV

VÔ SINH CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Vô sinh và các biện pháp điều trị	136
Điều trị vô sinh bằng Vitamin B12	141
Phương pháp điều trị hiệu quả và thông dụng nhất	143
Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)	152
Thụ tinh trong ống nghiệm và một số nguy cơ thường gặp	161
Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản	169
ICSI với tinh trùng lấy từ mào tinh	174
Điều chưa biết về Labo thụ tinh trong ống nghiệm	176
Sự phát triển của trẻ sinh ra trong ống nghiệm	181
Các phương pháp phẫu thuật lấy tinh trùng	185
Hỗ trợ sinh sản với sự tham gia của yếu tố bên ngoài	189
Cho nhận tinh trùng	192
Thụ tinh trong ống nghiệm cho trứng	197
Trị vô sinh bằng Gene	203
Thuốc hỗ trợ sinh sản cho phụ nữ hiếm muộn	205

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA - THÔNG TIN
43 Lò Đức - Hà Nội

BỆNH VÔ SINH

CÁCH PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Chịu trách nhiệm xuất bản:

LÊ TIẾN DŨNG

Chịu trách nhiệm bản thảo:

VŨ THANH VIỆT

Biên tập: Bùi Xuân Mỹ

Thiết kế bìa: Tân Việt

Chế bản: Hoàng Gia

Số lượng in 1.500 cuốn khổ 13x20,5cm

Tại Công ty cổ phần in An Dương

Đăng kí KHXB số: **1010 - 2013/CXB/ 01 - 118/VHTT**

Cấp ngày 26/12/2013. Quyết định xuất bản số: **1439/VHTT.**

In xong và nộp lưu chiểu Quý I năm 2014.



Bệnh Vô Sinh

CÁCH PHÒNG
VÀ ĐIỀU TRỊ



NHÀ SÁCH TÂN VIỆT - *Nâng tầm tri thức*

• Số 7 Đinh Lễ - Hà Nội; Tel: 043.574 6020 - 043.821 3509
• 478 Minh Khai - Hai Bà Trưng - Hà Nội; Tel: 043.972 8108
Website: tanvietbooks.com.vn

ISBN 978-604-50-0468-5



9 786045 004685

Giá: 38.000