

HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT TRƯỞNG THÀNH NOÃN TRONG ỐNG NGHIỆM (IVM) TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HOẶC KHÔNG CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG (PCOS)

Lê Hoàng Anh⁽¹⁾, Phạm Dương Toàn⁽¹⁾, Vương Thị Ngọc Lan⁽²⁾, Đặng Quang Vinh^(1,3)
(1) Bệnh viện Mỹ Đức, (2) Đại học Y Dược TP.HCM, (3) ĐHQG-TP.HCM

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nuôi trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM) trên bệnh nhân có hoặc không có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu trên 314 bệnh nhân có PCOS và 32 bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn quá kích buồng trứng. Bệnh nhân được thực hiện IVM tại IVFMD, bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 4/2014 đến tháng 1/2016. Bệnh nhân được tiêm FSH (100IU/ngày trong 3 ngày) và hCG (10000 IU). Chọc hút trứng được tiến hành 36-38 tiếng sau khi tiêm hCG. Noãn sau khi trưởng thành in vitro được thụ tinh bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Chuyển phôi tiến hành vào ngày 3 sau chọc hút.

Các yếu tố đánh giá kết quả bao gồm số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh, số phôi ngày 2, số phôi loại I, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ thai diễn tiến và tỉ lệ làm tổ.

Kết quả: Không có khác biệt về đặc điểm bệnh nhân giữa hai nhóm (độ tuổi, BMI, nồng độ AMH, độ dày nội mạc tử cung và loại vô sinh). Số lượng noãn chọc hút cao hơn ở nhóm bệnh PCOS nhưng không có khác biệt về số lượng noãn trưởng thành, số lượng noãn thụ tinh, số phôi ngày 2 và số phôi loại I giữa hai nhóm (các chỉ số lần lượt là 13,0 so với 11,0, $p=0,005$; 8,0 so với 6,0, $p=0,103$; 5,0 so với 5,0, $p=0,473$; 5,0 so với 4,0, $p=0,548$; 1,0 so với 1,0, $p=0,462$). Không có khác biệt giữa hai nhóm về số phôi chuyển trung bình (3,0 so với 3,0), tỉ lệ thai lâm sàng (48,7% so với 46,9%), tỉ lệ thai diễn tiến (36,0% so với 31,2%) cũng như tỉ lệ làm tổ (23,8% so với 25,9%).

Kết luận: Ở bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn quá kích buồng trứng, IVM có thể là một giải pháp an toàn và hiệu quả.

Abstract

IN VITRO MATURATION IN WOMEN WITH AND WITHOUT POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME

Objective: To compare the IVM and pregnancy outcomes between PCOS and non-PCOS patients.

Patients and Methods: A retrospective cohort study was conducted at IVFMD, My Duc Hospital from April 2014 to Jan 2016. A total of 346 IVM cycles were included in the study. Patients were divided into 2 groups, group 1 included 314 PCOS-IVM cycles and group 2 included 32 non-PCOS cycles but having history of OHSS with standard COS. Patients had 3 days of FSH (100 IU/day) and 10000 IU of hCG priming. Oocyte collection was done at 36-38 hours after hCG injection. OCC (oocyte-cumulus complex) were cultured in LAG medium (Origio, Denmark) for 2 hours and cultured in IVM medium supplemented with patient's serum, hCG, GH and FSH (Origio, Denmark) for 20 hours subsequently. Oocyte maturation was checked at collection, 22 and 26 hours post collection. Patients had day-2 embryo transfer.

Results: There was no difference in patient characteristics between 2 groups (age, BMI, AMH, endometrium thickness and type of fertility). The number of oocytes retrieved is higher in PCOS patients (13.00 vs 11.00, $p=0.005$). There was no difference in the number of matured oocytes (8.00 vs 6.00, $p=0.103$), fertilized oocytes (5.00 vs 5.00, $p=0.473$), day-2 embryos (5.00 vs 4.00, $p=0.548$) and the top-quality embryos (1.00 vs 1.00, $p=0.462$) between PCOS and non-PCOS patients. There was no difference in number of embryos transferred (3.0 vs 3.0), clinical pregnancy rate (48.7% vs 46.9%), ongoing pregnancy rate (36.0% vs 31.2%), implantation rate (23.8% vs 25.9%) ($p>0.05$)

Conclusion: IVM for non-PCOS patients does not show any inferior outcomes compared to PCOS patients.

1. Đặt vấn đề

Mặc dù em bé thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đầu tiên Louise Brown ra đời từ một chu kỳ không có kích thích buồng trứng (KTBT) nhưng ngày nay, việc kích thích buồng trứng là một công đoạn không thể thiếu trong một chu kỳ điều trị TTTON. Kích thích buồng trứng nhằm gia tăng số lượng noãn, phôi thu được từ đó gia tăng tỉ lệ có thai. Tuy nhiên KTBT liên quan đến sự tăng chi phí điều trị (chiếm khoảng 1/2 tổng chi phí điều trị) cũng như tăng nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng cho bệnh nhân (1)

Trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM) bao gồm việc chọc hút noãn còn trong giai đoạn GV và nuôi trưởng thành chúng dưới những điều kiện nuôi cấy đặc biệt. Trong các chu kỳ IVM, bệnh nhân không phải kích thích buồng trứng hoặc chỉ sử dụng FSH dưới dạng "mồi" (liều thấp trong 3 ngày) nên sẽ tránh được nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (HCQKBT) so với các

chu kỳ TTTON bình thường. Bên cạnh việc giảm nguy cơ HCQKBT, IVM còn giúp giảm chi phí điều trị, vốn đang là một trong các trở ngại lớn cho bệnh nhân.

Kỹ thuật nuôi trưởng thành noãn trong ống nghiệm lần đầu được công bố bởi Pincus và Enzmann vào năm 1935 trên thỏ (2). Khi đó, Pincus và Enzmann quan sát thấy khi thụ nhận noãn, noãn này có thể tự hoàn thành sự giảm phân. Đến năm 1965, Edwards, cha đẻ của thụ tinh trong ống nghiệm công bố có khả năng nuôi trưởng thành noãn người trong môi trường có bổ sung thêm huyết thanh (3). Tuy nhiên mãi tới năm 1991, Cha và cộng sự mới công bố sự ra đời đầu tiên của đứa trẻ đầu tiên từ kỹ thuật IVM (4). Đến năm 1994, Trouson và cộng sự lần đầu báo cáo về sự ra đời của đứa trẻ IVM có mẹ bị hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) (5)

Tỷ lệ trưởng thành noãn sau nuôi cấy, khả năng phát triển lên phôi nang cũng như khả năng làm

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Lê Hoàng Anh,
email: anh.lh@myduchospital.vn
Ngày nhận bài (received): 10/3/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 16/6/2017

tổ của phôi còn thấp trong các chu kỳ IVM. Do vậy IVM chưa được áp dụng rộng rãi mà chỉ giới hạn ở một số trường hợp, chủ yếu là trên nhóm bệnh nhân mắc hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) có nguy cơ HCQKBT cao. Hội chứng buồng trứng đa nang xuất hiện với tần suất 5-10% ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (6). Tại Việt Nam, một khảo sát vào năm 2014 cho thấy tỷ lệ PCOS trên bệnh nhân vô sinh là 16% cho thấy khả năng ứng dụng cao của IVM (7).

Các bệnh nhân PCOS có nguy cơ HCQKBT cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có hội chứng này, tỉ lệ này là 15,4 % so với các bệnh nhân bình thường là 2,7 % (8). Nguy cơ này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến tâm lý và các vấn đề chăm sóc y tế, trường hợp xấu nhất bệnh nhân có thể tử vong. Nhiều biện pháp đã được đưa ra nhằm dự phòng HCQKBT, trong đó các phác đồ KTBT bằng antagonist kết hợp trưởng thành noãn bằng agonist (agonist trigger) được cho thấy là có khả năng giảm đến 85% nguy cơ QKBT (OR 0,15 KTC 95% 0,05 – 0,45, n = 989) (9). Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy, sử dụng phác đồ trên có 0,3% bệnh nhân QKBT nặng so với 7% khi sử dụng phác đồ thường quy trước đây. Gần đây, Devroey và cộng sự đưa ra một hướng đi mới, antagonist kết hợp agonist trigger và trữ phôi toàn bộ, với hy vọng loại trừ hoàn toàn QKBT (10). Tuy nhiên, ngay cả khi áp dụng biện pháp này, các trường hợp QKBT nặng vẫn được ghi nhận rải rác trong y văn (11, 12, 13). Do đó, cho đến thời điểm hiện nay, IVM vẫn được xem là biện pháp hiệu quả nhất để loại trừ hoàn toàn HCQKBT.

Với các kết quả hiện tại về IVM tại IVFMD, chúng tôi làm nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả của IVM trên các bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn HCQKBT.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu được thực hiện tại IVFMD, bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 4/2014 đến tháng 1/2016.

Tiêu chuẩn nhận

- Bệnh nhân <38 tuổi
- Có chỉ định điều trị bằng TTON
- Được thực hiện kỹ thuật IVM vì PCOS hay tiền căn HCQKBT trung bình/nặng

Tiêu chuẩn loại

- Không chuyển phôi tươi
- Có UXTC to, TC dị dạng
- Hồ sơ không đầy đủ dữ liệu cần thu thập

Phương pháp tiến hành

Tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ chuẩn tại IVFMD. Bệnh nhân sau khi có kinh (tự nhiên hay sau dùng thuốc nội tiết), được sử dụng FSH (Puregon 300IU, MSD) với liều là 100 IU/ngày trong 3 ngày. Một ngày sau mũi FSH cuối cùng, bệnh nhân được sử dụng 10.000 IU hCG tiêm bắp (Pregnyl 5.000 IU, MSD). Chọc hút noãn được tiến hành 36-38 giờ sau mũi tiêm hCG. Noãn trưởng thành vào thời điểm chọc hút sẽ được tiến hành tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) sau 3-4h. Những noãn chưa trưởng thành sẽ được tiếp tục nuôi cấy và tiến hành ICSI vào ngày hôm sau. (14)

Sau chọc hút 1 ngày, bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được chuẩn bị nội mạc tử cung (NMTC), bằng estradiol valerate (Valiera 2mg, Laboratorios Recalcine) 6mg/ngày và progesterone dạng vi hạt (Cyclogest 400mg, Actavis). Chuyển phôi được tiến hành vào ngày thứ 3 sau chọc hút (phôi ngày 2). Các phôi dư còn lại, nếu đạt yêu cầu, được đông lạnh. Sau chuyển phôi, bệnh nhân được hẹn tái khám thử máu (beta-hCG) 02 tuần sau chuyển phôi. Nếu kết quả dương tính, bệnh được hẹn quay lại siêu âm thai 03 tuần sau đó.

Hỗ trợ hoàng thể được thực hiện bằng estrogen và progesterone ngoại sinh cho đến khi thai được ít nhất 7 tuần tuổi.

Các yếu tố đánh giá kết quả bao gồm số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh, số phôi ngày 2, số phôi loại I, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ thai diễn tiến và tỉ lệ làm tổ.

Các số liệu thu nhận được sẽ được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hay dưới dạng phần trăm. Sự khác biệt giữa các giá trị trung bình được kiểm định bằng Student's t-test. Các giá trị phần trăm được kiểm định sự khác biệt bằng Chi-square test. Ngưỡng khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định khi P <0,05.

3. Kết quả

Từ tháng 4/2014 đến tháng 1/2016, có 346 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận và loại. Trong đó có 314 bệnh nhân có PCOS (nhóm PCOS) và 32 bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn QKBT (nhóm không PCOS). Các đặc điểm nền của hai nhóm bệnh nhân được trình bày trong bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi trung bình, chỉ số AMH, BMI, độ dày NMTC cũng như loại vô sinh. Nhóm PCOS có số trứng chọc hút trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không PCOS (13 noãn so với 11 noãn). Tuy nhiên, các chỉ số phôi học khác ở 2 nhóm là tương đồng nhau (bảng 3). Không ghi nhận trường hợp HCQKBT nào ở cả hai nhóm. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm PCOS và không PCOS cũng không có sự khác biệt, lần lượt là 48,7% và 46,9% (bảng 4).

4. Bàn luận

Quá kích buồng trứng là một trong những biến chứng đáng quan ngại của điều trị TTON, nhất là những trường hợp QKBT nặng. Bệnh nhân PCOS là nhóm thuộc nguy cơ cao với biến chứng này. Các dữ liệu hiện nay cho thấy IVM là một biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân hiếm muộn có PCOS. Kết quả từ nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy trên nhóm bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn HCQKBT, tỷ lệ có thai sau IVM cao tương đương với nhóm bệnh nhân PCOS.

Kể từ khi em bé IVM ra đời vào năm 1991 (Cha và cs), đến năm 1995, IVM được áp dụng thành công cho nhóm bệnh PCOS (Trousou và cs), ngày càng có nhiều nghiên cứu về ứng dụng IVM trong TTON, điều này giúp ngày càng cải thiện tỉ lệ thành công của IVM so với các chu kỳ IVF hiện nay. Dấu hiệu quả của IVM ngày càng được cải thiện nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi cho việc chỉ định IVM như thế nào là phù hợp (15), chúng ta nên chỉ định cho những bệnh nhân nào? Theo Fadini và cộng sự (2013), tỉ lệ làm tổ và tỉ lệ thai của IVM thấp hơn so với IVF, nhưng việc lựa chọn được đối tượng phù hợp cho IVM sẽ giúp cải thiện được tỉ lệ này (16).

Hiện nay, IVM được chỉ định cho nhóm phóng noãn bình thường, nhóm PCOS, nhóm có hình ảnh

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

	Nhóm PCOS (n = 314)	Nhóm không PCOS (n = 32)	p
Độ tuổi (năm) Trung vi [Q1, Q3]	29,0 [26,0; 31,0]	30,0 [27,0; 32,0]	NS
AMH (ng/ml) Trung vi [Q1, Q3]	13,4 [11,3; 16,0]	11,7 [9,1; 14,0]	NS
BMI (kg/m ²) Trung vi [Q1, Q3]	21,1 [19,6; 23,2]	20,9 [19,2; 22,8]	NS
Độ dày NMTC (mm) Trung vi [Q1, Q3]	12,0 [11,0; 13,0]	12,0 [13,0; 13,0]	NS
Loại vô sinh (%) Nguyên phát Thứ phát	75,5 24,5	65,6 34,4	NS

Bảng 2. Kết quả IVM

	Nhóm PCOS n = 314	Nhóm 2 không PCOS n = 32	p
Số noãn chọc hút trung bình Trung vi [Q1, Q3]	13,0 [9,0; 19,0]	11,00 [6,0; 17,0]	0,005
Số noãn trưởng thành trung bình Trung vi [Q1, Q3]	8,0 [5,0; 11,0]	6,0 [5,0; 10,0]	0,103
Số noãn thụ tinh trung bình Trung vi [Q1, Q3]	5,0 [3,0; 8,0]	5,0 [3,0; 7,8]	0,473
Số phôi ngày 2 trung bình Trung vi [Q1, Q3]	5,0 [3,0; 7,0]	4,0 [3,0; 7,0]	0,548
Số phôi tốt trung bình Trung vi [Q1, Q3]	1,0 [0,0; 2,0]	1,0 [0,0; 2,0]	0,462

Bảng 3. Kết quả thai

	Nhóm PCOS n = 314	Nhóm không PCOS n = 32	p
Số phôi chuyển Trung vi [Q1, Q3]	3,0 [2,0; 4,0]	3,0 [2,0; 4,0]	0,501
Tỉ lệ b-hCG (%)	52,5	53,1	1,000
Tỉ lệ thai lâm sàng (%)	48,7	46,9	0,855
Tỉ lệ thai diễn tiến (%)	36,0	31,2	0,700
Tỉ lệ làm tổ (%)	23,8	25,9	0,690

buồng trứng đa nang có phóng noãn bình thường, trong đáp ứng buồng trứng kém, bảo tồn khả năng sinh sản, trong những trường hợp noãn không trưởng thành hoặc có chất lượng phôi xấu với chu kỳ KTBT trước đó (17, 18, 19, 20). Trong các nhóm này thì PCOS vẫn là nhóm đối tượng chính của IVM.

Với những cải thiện về quy trình lab và các phác đồ của lâm sàng, tỉ lệ thành công của IVM ngày càng được cải thiện. Tỉ lệ thai lâm sàng vào khoảng 32-44%, tỉ lệ trẻ sinh sống là 22-29%. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra hiệu quả tương đương của IVM so với IVF, tuy nhiên các nghiên cứu này cỡ mẫu vẫn còn nhỏ (16, 21).

Một nghiên cứu cộng gộp năm 2015 kết luận rằng tỉ lệ thai lâm sàng và tỉ lệ làm tổ cao hơn ở nhóm bệnh PCOS khi điều trị bằng kỹ thuật IVM,

và IVM chỉ hiệu quả cho nhóm bệnh PCOS (22). Đặc biệt nghiên cứu còn ghi nhận được tỉ lệ trẻ sinh sống cao hơn ở nhóm PCOS khi điều trị bằng kỹ thuật IVM. Sự khác biệt về kết quả này có thể là do đối tượng bệnh nhân. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân không PCOS, nhưng có tiền căn HCQKBT, trong khi số liệu từ các nghiên cứu sử dụng trong phân tích gộp của Siristatidis và cộng sự là từ bệnh nhân không PCOS và đáp ứng buồng trứng bình thường.

Mặc dù còn một số hạn chế về cỡ mẫu cũng như thiết kế nghiên cứu, kết quả từ nghiên cứu chúng tôi cho thấy IVM trên bệnh nhân không PCOS có tiền

căn QKBT có thể có hiệu quả tương đương với nhóm bệnh nhân PCOS. Tuy nhiên, để đưa vào triển khai thường quy, cần có thêm nhiều dữ liệu hơn. Ngoài ra, cần lưu ý một thực tế là vì tính phức tạp của quy trình, IVM hiện nay chỉ được triển khai thường quy tại một vài trung tâm TTON tại Việt Nam.

5. Kết luận

Trên những bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn HCQKBT, IVM có thể là một biện pháp điều trị được lựa chọn để tăng tính an toàn và duy trì hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Seang Lin Tan, Ri-cheng Chian, William M Buckett, In vitro Maturation of Human oocytes: Basic science to clinical application, CRC Press, 2006
2. Pincus G, Enzmann EV. The Comparative Behavior of Mammalian Eggs in Vivo and in Vitro: I. The Activation of Ovarian Eggs. J Exp Med. 1935;62:665-675
3. Thompson JG, Gilchrist RB, Pioneering contributions by Robert Edwards to oocyte in vitro maturation (IVM), Mol Hum Reprod, 2013 Dec;19(12):794-8.
4. Cha KY, Koo JJ, Ko JJ, et al. Pregnancy after in vitro fertilization of human follicular oocytes collected from nonstimulated cycles, their culture in vitro and their transfer in a donor oocyte program. Fertil Steril. 1991;55:109-113.
5. Trounson A, Wood C, Kausche A. In vitro maturation and the fertilization and developmental competence of oocytes recovered from untreated polycystic ovarian patients. Fertil Steril. 1994;62:353-362
6. Azziz R, Marin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. (2005) Health care-related economic burden of the polycystic ovary syndrome during the reproductive life span. J Clin Endocrinol Metab 90:4650-4658. PMID: 15944216
7. Giang Huỳnh Như. The role of serum anti-mullerian hormone in predicting polycystic ovarian syndrome. ASPIRE 2014, Brisbane, Australia.
8. Swanton A1, Storey L, McVeigh E, Child T. IVF outcome in women with PCOS, PCO and normal ovarian morphology, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Mar;149(1):68-71.
9. Youssef MAFM, Van der Veen F, Al-Inany HG, Mochtar MH, Griesinger G, Nagi Mohesen M, Aboufoutouh I, van Wely M, Gonadotropin-releasing hormone agonist versus HCG for oocyte triggering in antagonist-assisted reproductive technology. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD008046. DOI: 10.1002/14651858.CD008046.pub4.
10. Devroey P, Polyzos N and Blockeel C. An OHSS-Free Clinic by segmentation of IVF treatment. Human Reproduction, Vol.26, No.10 pp. 2593-2597, 2011
11. Fatemi HM, Popovic-Todorovic B, Humaidan P. Severe ovarian hyperstimulation syndrome after gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist trigger and "freeze-all" approach in GnRH antagonist protocol. Fertil Steril. 2014;101:1008-1011.
12. Gurbuz A, Gode F, Ozcimen N and Isik A. Gonadotropin-releasing hormone agonist trigger and freeze-all strategy does not prevent severe

ovarian hyperstimulation syndrome: a report of three cases. Reproductive BioMedicine Online (2014) 29, 541-544

13. Ling L, Phoon J, Lau M, Chan J, Viardot-Foucault V, Tan T, Nadarajah S and Tan H. GnRH agonist trigger and ovarian hyperstimulation syndrome: relook at 'freeze-all strategy'. Reproductive BioMedicine Online (2014) 29, 392-394

14. Hồ Mạnh Tường, Đặng Quang Vinh, Vương Thị Ngọc Lan, Thụ tinh trong ống nghiệm, 313-341, NXBGD Việt Nam, 2011

15. A. Ellenbogen, T. Shavit, and E. Shalom-Paz, IVM results are comparable and may have advantages over standard IVF, Facts Views Vis Obgyn. 2014; 6(2): 77-80.

16. Fadini R, Mignini Renzini M, Guarnieri T, et al. Comparison of the obstetric and perinatal outcomes of children conceived from in vitro or in vivo matured oocytes in in vitro maturation treatments with births from conventional ICSI cycles

17. Fadini R, Dal Canto MB, Mignini Renzini M, et al. Effect of different gonadotropin priming on IVM of oocytes from women with normal ovaries: a prospective randomized study. Reprod Biomed Online. 2009;19:343-351.

18. Hourvitz A, Maman E, Brengauz M, et al. In vitro maturation for patients with repeated in vitro fertilization failure due to "oocyte maturation abnormalities" Fertil Steril. 2010;94:496-501.

19. Huang JY, Chian RC, Gilbert L, et al. Retrieval of immature oocytes from unstimulated ovaries followed by in vitro maturation and vitrification: A novel strategy of fertility preservation for breast cancer patients. Am J Surg. 2010; 200:177-183.

20. Liu J, Lu G, Qian Y, et al. Pregnancies and births achieved from in vitro matured oocytes retrieved from poor responders undergoing stimulation in in vitro fertilization cycles.

21. Shaloml-Paz E, Holzer H, Young Son W, et al. PCOS patients can benefit from in vitro maturation (IVM) of oocytes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012;165:53-56.

22. Charalamos Siristatidis, Theodoros N. Sergentanis, Paraskevi Vogiatzi, Prodromos Kanavidis, Charalamos Chrelias, Nikolaos Papantoniou, Theodora Psaltopoulou (2015) In Vitro Maturation in Women with vs. without Polycystic Ovarian Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS One. DOI:10.1371/journal.pone.0134696

NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ UNG THƯ VÚ VÀ TỰ KHÁM VÚ SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC CHO PHỤ NỮ XÃ NGỌC LIÊN, CẨM GIANG, HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hằng⁽¹⁾, Lê Thanh Tùng⁽²⁾
(1) Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, (2) Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Từ khóa: Ung thư vú, tự khám vú, can thiệp giáo dục.
Keywords: Breast cancer, breast self-examination, educational intervention.

Tóm tắt

Ung thư vú là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "Đánh giá kết quả của chương trình can thiệp truyền thông kiến thức về ung thư vú và tự khám vú cho phụ nữ từ 20 - 59 tuổi xã Ngọc Liên - Cẩm Giang - tỉnh Hải Dương". Nghiên cứu can thiệp thực hiện từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2016 trên 110 phụ nữ trong độ tuổi từ 20- 59 tuổi. Ứng dụng mô hình niềm tin sức khỏe và truyền thông trực tiếp để can thiệp nâng cao kiến thức đối tượng. Kết quả cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về UTV và thực hành TKV đều tăng hơn so với trước can thiệp nhưng có xu hướng giảm dần theo thời gian ($p < 0,001$).

Từ khóa: ung thư vú, tự khám vú, can thiệp giáo dục.

Abstract

EFFECTS OF HEALTH EDUCATION INTERVENTION ON IMPROVING WOMEN'S KNOWLEDGE OF BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION IN NGOC LIEN - CAM GIANG, HAI DUONG

Breast cancer is the first leading cause of cancer death among women. The aim of this study was to evaluate the effects of health education intervention on improving women's knowledge of breast cancer and breast self-examination in Ngoc Lien - Cam Giang, Hai Duong. A quasi-experment study was conducted from 110 women between the ages of 20- 59 years from April to August 2016. The health belief model and direct communication were applied to implement health education intervention to improve women's knowledge of breast cancer and breast self-examination. The results showed that there were significant increases in women's general knowledge of breast cancer and breast self-examination after the intervention compare with before the intervention but trends have diminished over time ($p < 0.001$).

Keywords: breast cancer, breast self-examination, educational intervention

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Lê Thanh Tùng,
email: tungpond@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài (received): 20/4/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 16/6/2017