

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 14 (03), 07 - 2016

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN VIỆT NAM

Official publication of Vietnam Association of Gynecology and Obstetrics

MỤC LỤC

TỔNG QUAN

08 - 15 KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG KÉP TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM: LIỆU CÓ THỂ LÀ MỘT CHIẾN LƯỢC MỚI CHO BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM?

Hồ Thị Thanh Tâm, Lê Minh Tâm, Cao Ngọc Thành

SẢN KHOA SƠ SINH

16 - 20 GIÁ TRỊ CỦA TỶ NẪO RỐI TRONG TIỀN LƯỢNG SỨC KHỎE THAI KỲ Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT

Trương Thị Linh Giang, Nguyễn Vũ Quốc Huy

21 - 25 BỆNH LÝ TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI: NGHIÊN CỨU TỔNG KẾT 5 NĂM

Hoàng Bảo Nhân, Trần Minh Thắng, Nguyễn Hữu Hồng, Phan Việt Tâm

26 - 30 NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ATOSIBAN TRONG ĐIỀU TRỊ DỌA SINH NON

Lý Thanh Trường Giang, Bạch Cẩm An, Hồ Thị Phương Thảo, Hoàng Trọng Phước, Hoàng Ngọc Tú, Ngô Hoàng Hiếu

31 - 37 NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN THAI TỌ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2015

Lâm Đức Tâm, Lưu Thị Trâm Anh, Nguyễn Vũ Quốc Huy

38 - 43 NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Ngọc Tú, Bạch Cẩm An, Phan Việt Tâm, Phan Lê Vy Phương, Ngô Hoàng Hiếu, Nguyễn Thị Đông Hiền

44 - 48 NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG VIÊM NHIỄM SINH DỤC THẤP Ở THAI PHỤ TRÊN 35 TUẦN TUỔI THAI

Lê Thị Ly Ly, Lê Minh Tâm

50 - 53 PHƯƠNG PHÁP ĐO ĐỘ BẢO HÒA OXY QUA DA TRONG SÀNG LỌC BỆNH TIM BẨM SINH Ở TRÉ SƠ SINH

Trần Thị Hoàn, Nguyễn Việt Nhân, Bạch Cẩm An, Hoàng Bảo Nhân, Hoàng Thị Liên Châu, Hoàng Thị Bích Ngọc, Hoàng Thị Kim Vân, Nguyễn Thị Hậu

54 - 58 HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ DẤU HIỆU NGUY HIỂM CỦA TRÉ SƠ SINH VÀ CHĂM SÓC DA KỀ DA NGAY SAU SINH CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ VÀ HUYỆN, TỈNH THANH HOÁ NĂM 2015-2016

Lương Ngọc Trương, Ngô Văn Toàn, Ngô Toàn Anh

59 - 62 BÍ TIỂU SAU SINH VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN THAI PHỤ CÓ GIẢM ĐAU SẢN KHOA

Phan Thị Hằng, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

63 - 67 VAI TRÒ CỦA MÁY BLADDER SCANNER TRONG CHẨN ĐOÁN BÍ TIỂU SAU SINH

Phan Thị Hằng, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

68 - 76 ĐẶC ĐIỂM VÀ LIÊN QUAN GIỮA YẾU TỐ GIA ĐÌNH - XÃ HỘI VÀ TRÂM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV

Nguyễn Mạnh Hoan

77 - 84 CẢI THIỆN HIỆU QUẢ CHẨN ĐOÁN CIN 2+ BẰNG KỸ THUẬT SOI CỔ TỬ CUNG

Bùi Quang Trung

PHỤ KHOA - NỘI TIẾT, VÔ SINH

85 - 89 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Bảo Nhân, Lê Sỹ Phương, Đinh Thị Phương Minh, Phan Việt Tâm

90 - 94 HÓA TRỊ LIỀU CAO KẾT HỢP LIỆU PHÁP NHẮM TRÚNG ĐÍCH TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN MUỘN VÀ TÁI PHÁT CÓ HỖ TRỢ GHÉP TẾ BÀO GỐC TẠO MÁU TỰ THÂN

Lê Sĩ Phương, Nguyễn Duy Thăng, Châu Khắc Tú, Bạch Cẩm An, Lê Minh Toàn, Hoàng Bảo Nhân, Đinh thị Phương Minh, Phan Viết Tâm

95 - 101 NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THÔNG VÒI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lâm Đức Tâm, Huỳnh Thanh Liêm

102 - 105 VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Đinh Thị Phương Minh, Nguyễn Văn Tuấn, Hồ Thị Phương Thảo, Hoàng Trọng Phước, Trần Minh Thắng

106 - 109 NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ CA125 TRONG BỆNH LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG BẰNG KỸ THUẬT ĐIỆN HÓA PHÁT QUANG

Phan Văn Hiếu, Phan Thị Minh Phương, Hồ Hoàng Thị Kim Huệ

110 - 117 KẾT QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN DO BỆNH LÝ U XƠ TỬ CUNG

Trương Đình Hải, Lê Minh Toàn, Phan Viết Tâm

118 - 122 NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI LẠC CHỖ TRÊN VẾT MỔ ĐỂ CỬ Ở TUỔI THAI DƯỚI 12 TUẦN

Trần Việt Khánh, Nguyễn Thị Kim Anh

123 - 128 RỐI LOẠN TÌNH DỤC Ở KHÁCH HÀNG NỮ ĐẾN ĐƠN VỊ TƯ VẤN TÌNH DỤC CỦA BỆNH VIỆN TỪ DỮ NĂM 2015

Ngô Thị Yên

129 - 134 ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ESTRADIOL TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN VẬN MẠCH VÀ RỐI LOẠN TÂM LÝ Ở PHỤ NỮ MÃN KINH

Nguyễn Đình Phương Thảo, Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ Quốc Huy

135 - 139 NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ AMH Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VÔ SINH CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Lê Việt Thắng, Lê Minh Tâm

140 - 145 NGHIÊN CỨU THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ NHÓM CHỨNG SO SÁNH HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG SỬ DỤNG CORIFOLLITROPIN α VÀ MENOTROPIN VỚI PHÁC ĐỒ FOLLITROPIN β ĐƠN THUẦN Ở BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM

Hồ Ngọc Anh Vũ, Vương Thị Ngọc Lan, Phạm Dương Toàn, Hồ Mạnh Tường

146 - 151 KẾT QUẢ TỶ LỆ MANG THAI CỘNG DỒN BẰNG KHỎI ĐỘNG TRƯỞNG THÀNH NOÃN BẰNG GnRH AGONIST KẾT HỢP PREGNYL LIỀU THẤP TRONG PHÁC ĐỒ GnRH ANTAGONIST TẠI KHOA VÔ SINH, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Cảnh Quang Thông, Lê Việt Hùng, Nguyễn Phạm Quỳnh Phương, Nguyễn Thị Thu Thúy, Nguyễn Phước Bảo Minh

152 - 156 KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRÍCH TINH TRÙNG TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP VÔ TINH

Nguyễn Thị Diễm Thu, Lê Minh Tâm, Nguyễn Thị Mỹ, Cao Ngọc Thành

157 - 161 SO SÁNH KẾT QUẢ CÓ THAI GIỮA CHUYỂN PHÔI TƯƠI VÀ PHÔI TRỮ

Phạm Dương Toàn, Trần Tú Cẩm, Huỳnh Gia Bảo, Hồ Mạnh Tường

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ AMH Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VÔ SINH CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Lê Việt Thắng, Lê Minh Tâm
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ AMH ở các trường hợp vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ AMH cũng như giá trị của nó trong chẩn đoán hội chứng này.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng.

Kết quả: Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nồng độ trung bình các Hormon ở nhóm bệnh nhân có HCBTĐN lần lượt là LH = 10.53 ± 7.12 mIU/ml, trong đó LH > 10 mIU/ml chiếm 44.9%; FSH = 05.91 ± 1.57 mIU/ml; Estradiol = 42.02 ± 26.70 pg/ml; Testosterone = 0.33 ± 0.21 ng/ml; Prolactin = 393.51 ± 233.97 uIU/ml; AMH = 14.07 ± 6.17 ng/ml, Tỉ số LH/FSH = 1.82 ± 1.17 , trong đó tỉ số LH/FSH ≥ 1.5 chiếm 65.9%. ($p < 0.001$). Nồng độ AMH huyết thanh có mối tương quan thuận với nồng độ LH ($r = 0.353$, $p < 0.001$), nồng độ Testosteron ($r = 0.434$, $p < 0.001$) và tỉ số LH/FSH ($r = 0.348$, $p < 0.001$). Điểm cắt nồng độ AMH huyết thanh chúng tôi chọn trong nghiên cứu này để chẩn đoán HCBTĐN là 6,51 ng/ml (Se = 88.6%; Sp = 89,2%) với AUC = 0.958; 95% CI : 0.937 – 0.980.

Kết luận: Phụ nữ có HCBTĐN có những biến đổi về nội tiết với tăng nồng độ hormon LH, testosteron, tỉ số LH/FSH, đặc biệt có sự tăng rõ rệt nồng độ AMH. AMH có thể là một xét nghiệm hữu ích để chẩn đoán HCBTĐN trong tương lai.

Abstract

RESEARCH THE SERUM LEVEL OF AMH IN CASES OF INFERTILITY WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Objective: Elevated serum level of Anti-Mullerian Hormone, relationship between serum level of Anti-Mullerian Hormone and other elements in infertility patients with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). Role of serum level of Anti-Mullerian Hormone to predict the diagnosis of PCOS.

Methods: Cross-sectional study controlled.

Results: Through this study, we found that the average concentration of hormones in patients with PCOS respectively are: LH = 10.53 ± 7.12

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Lê Việt Thắng,
email: drthangleviet@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 10/06/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
24/06/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/06/2016

mIU/ml, in which LH > 10 mIU/ml accounted for 44.9%; FSH = 05.91 ± 1.57 mIU/ml; Estradiol = 42.02 ± 26.70 pg/ml; Testosterone = 0.33 ± 0.21 ng/ml; Prolactin = 393.51 ± 233.97 uIU/ml; AMH = 14.07 ± 6.17 ng/ml, ratio LH/FSH = 1.82 ± 1.17 , which ratio LH/FSH ≥ 1.5 occupied 65.9%, ($p < 0.001$). Serum AMH concentration has positive correlation with levels of LH ($r = 0353$, $p < 0.001$), Testosterone concentration ($r = 0434$, $p < 0.001$) and the ratio LH/FSH ($r = 0348$, $p < 0.001$). Cut point of serum AMH concentration we choose in this study to diagnose PCOS is 6.51 ng/ml (Se = 88.6%, Sp = 89.2%) with AUC = 0958; 95% CI: 0937-0980.

Conclusion: Women with PCOS have endocrine changes with increasing levels of hormone such as: LH, testosterone, ratio LH/FSH, especially increasing significantly in the concentration of AMH. AMH may be a useful test to diagnose PCOS in future.

1. Đặt vấn đề

Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) là rối loạn nội tiết và chuyển hóa phổ biến nhất ở phụ nữ, ảnh hưởng khoảng 5 - 10% cộng đồng đã được Stein và Leventhal mô tả từ những năm 1935. Mặc dù cho đến nay những vấn đề liên quan đến buồng trứng đa nang đã dần dần được hiểu biết một cách đầy đủ nhưng hội chứng buồng trứng đa nang vẫn là một vấn đề được quan tâm, đặc biệt trong lĩnh vực hiếm muộn vì tần suất phổ biến, biểu hiện lâm sàng đa dạng cũng như những khó khăn trong điều trị - phụ thuộc vào đáp ứng buồng trứng của từng cá nhân.

Anti - Mullerian Hormone (AMH) là một glycoprotein chuỗi dài và là thành viên của gia đình TGF- β (transforming growth factor β) và được chế tiết từ các tế bào hạt của nang noãn nhỏ đang phát triển, kể từ khi nang noãn nguyên thủy được chiêu mộ và đạt đỉnh cao ở các nang tiền hốc và có hốc nhỏ [3, 5]. Nồng độ AMH khá ổn định trong suốt chu kỳ kinh nguyệt. Vai trò của AMH được quan tâm rất nhiều không chỉ trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản mà còn liên quan đến chức năng buồng trứng ở trẻ em, dậy thì và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Trong thực hành lâm sàng, AMH được đề nghị dùng để đánh giá dự trữ buồng trứng, dự đoán đáp ứng với kích thích buồng trứng, nguy cơ quá kích buồng trứng do can thiệp y khoa, AMH còn được xem là đại diện cho phương pháp siêu âm đếm nang noãn thứ cấp (Antral follicle count - AFC) trong chẩn

đoán HCBTĐN [3]. Theo Lie Fong S. (2011) nồng độ AMH huyết thanh ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang cao gấp 2-4 lần so với phụ nữ bình thường [10]. Sự gia tăng này phản ánh sự tăng số lượng các nang thứ cấp nhỏ là nang sản xuất AMH cao nhất. Do sự liên quan chặt chẽ về mặt sinh bệnh học, nồng độ AMH huyết thanh là mối quan tâm đặc biệt của các nhà lâm sàng đối với những bệnh nhân có HCBTĐN. Hiện nay tuy giá trị ngưỡng của AMH vẫn chưa được thống nhất và còn thay đổi tùy theo phòng xét nghiệm trong vấn đề chẩn đoán HCBTĐN cũng như có thể dùng nó như là một tiêu chuẩn chẩn đoán HCBTĐN hay không, nhưng rõ ràng là nồng độ AMH huyết thanh ở những trường hợp này cao đáng kể, vì vậy đây là một xét nghiệm có tiềm năng được ứng dụng rộng rãi trong tương lai. Ngoài giá trị chẩn đoán, AMH có thể dùng để xác định phác đồ điều trị, đặc biệt trong kích thích buồng trứng ở những phụ nữ vô sinh do HCBTĐN không phóng noãn.

Ở Việt Nam hiện nay, vấn đề này vẫn còn mới mẻ, chưa có nhiều nghiên cứu về nồng độ AMH huyết thanh cũng như vai trò chẩn đoán và điều trị của nó trong HCBTĐN. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu nồng độ AMH ở các trường hợp vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang" với mục tiêu: (1) khảo sát nồng độ AMH ở các trường hợp vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang và (2) tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ AMH cũng như giá trị của nó trong chẩn đoán hội chứng này.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 334 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản được chia làm 2 nhóm, nhóm bệnh gồm 167 phụ nữ được chẩn đoán HCBTĐN theo tiêu chuẩn Rotterdam Consensus 2003 (có 2 hoặc 3 tiêu chuẩn nêu dưới đây) và nhóm chứng gồm 167 phụ nữ không có HCBTĐN:

- Tiêu chuẩn 1 kinh thưa hoặc vô kinh. Kinh thưa được biểu hiện vòng kinh kéo dài trên 35 ngày, thường có rối loạn phóng noãn. Vô kinh được biểu hiện không có kinh trên 6 tháng, thường không có phóng noãn.

- Tiêu chuẩn 2 cường androgen. Cường androgen được biểu hiện như về lâm sàng có biểu hiện rậm lông, mụn trứng cá, béo phì; về cận lâm sàng biểu hiện tăng testosterone toàn phần, tự do, giảm SHBG, tăng chỉ số androgen tự do (Testosterone x100/SHBG).

- Tiêu chuẩn 3 chẩn đoán trên siêu âm. Bùng trứng có > 12 nang kích thước từ 2 đến 9mm và / hoặc tăng thể tích buồng trứng > 10 cm³, không cần xét đến sự phân bố nang hoặc mật độ mô buồng trứng; Thể hiện ít nhất ở một buồng trứng; Siêu âm thực hiện vào ngày 2-5 của chu kỳ (ngày 3 của chu kỳ nhân tạo); Thể tích buồng trứng được tính bằng 0,523 x (dài x rộng x cao) cm³.

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào mẫu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Một số tình trạng cường androgen do các nguyên nhân khác: tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, hội chứng cushing, tăng prolactin máu, khối u sản xuất androgen.

- Bệnh nhân vô kinh sau dùng thuốc tránh thai nội tiết phối hợp, bệnh lý tuyến giáp.

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật trên buồng trứng trước đó.

- Bệnh nhân bị suy buồng trứng sớm nguyên phát hoặc thứ phát.

- Bị các bệnh lý gan, thận, đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nội tiết Sinh sản và Vô sinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (HUECREI).

2.2.3. Các bước tiến hành:

Khi bệnh nhân đến khám chúng tôi khai thác và ghi nhận các đặc điểm về:

- Tiền sử: sản khoa, phụ khoa, nội-ngoại khoa

- Khám lâm sàng: đánh giá BMI, các đặc điểm rậm lông.

- Xét nghiệm cận lâm sàng

- + Xét nghiệm nội tiết cơ bản đầu chu kỳ (ngày 2-3 chu kỳ kinh): Các hormon LH, FSH, estradiol và testosterone được định lượng theo kỹ thuật miễn dịch điện hóa phát quang ECLIA (Electro Cleimie Luminescence Immuno Assay) bằng máy Cobas 6000.

- + Xét nghiệm nồng độ AMH huyết thanh: AMH được định lượng theo Elisa assay (Beckman Coulter, Mỹ) trên máy Human reader single, kết quả được tính theo đơn vị ng/ml.

- + Siêu âm đường âm đạo: đánh giá số lượng, kích thước các nang noãn và thể tích buồng trứng.

2.2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm thống kê SPSS 16.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Bệnh	Chứng
Tuổi trung bình	30.23 ± 4.24	32.36 ± 5.23
Thời gian vô sinh trung bình	3.49 ± 2.55	
< 3 năm	52.10%	
≥ 3 năm	47.90%	
Loại vô sinh		
Nguyên phát	75.40%	
Thứ phát	24.60%	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có HCBTĐN là 30.23 ± 4.24. Có 75.40% trường hợp vô sinh nguyên phát, thời gian vô sinh > 3 năm chiếm 47.90%

3.2. Nồng độ nội tiết cơ bản

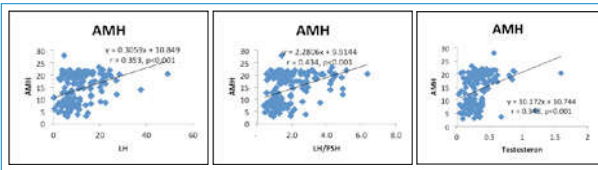
Đặc điểm	Bệnh	Chứng	p
LH (mIU/ml)	10.53 ± 7.12	4.62 ± 1.90	0.000
LH > 10	44.90 %	2.00%	
FSH (mIU/ml)	5.91 ± 1.57	7.55 ± 2.87	0.000
Estradiol (pg/ml)	42.02 ± 26.70	47.85 ± 32.23	0.363
Testosterone (ng/ml)	0.33 ± 0.21	0.18 ± 0.11	0.000
Prolactin (uIU/ml)	393.51 ± 233.97	369.42 ± 220.59	0.465
Tỉ số LH/FSH	1.82 ± 1.17	0.65 ± 0.27	
≥ 3	14.40%	0%	
2.5 - <3	6.60%	0%	
2 - <2.5	4.80%	0%	0.000
1.5 - <2	14.40%	01.00%	
1 - <1.5	25.70%	06.90%	
<1	34.10%	92.20%	

3.3. Nồng độ AMH

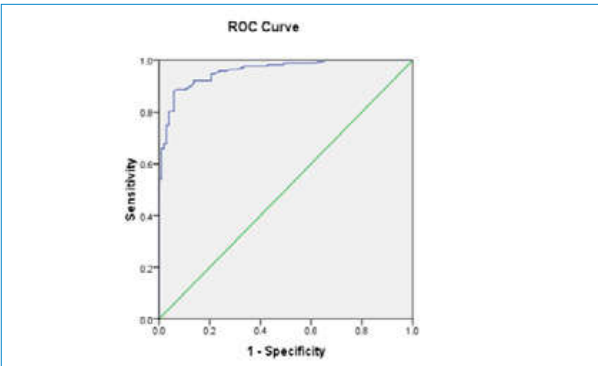
AMH (ng/ml)	Bệnh	Chứng	p
<5	6.60%	79.40%	0.000
5 - <10	31.10%	19.60%	
10 - <15	12.60%	1.00%	
15 - <20	23.40%	0%	
≥20	23.60%	0%	
Trung bình	14.07 ± 6.17	3.98 ± 1.90	

3.4. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến nồng độ AMH

AMH	Bệnh		Chứng	
	r	p	r	p
LH	0.353	0.000	0.171	0.86
FSH	-0.100	0.202	0.084	0.403
Tỉ số LH/FSH	0.348	0.000	0.157	0.114
Testosterone	0.434	0.000	-0.050	0.168
Estradiol	-0.109	0.438	-0.070	0.944



3.5. Giá trị cut-off của AMH trong chẩn đoán HCBTĐN



AUC: 0.958 95% CI : 0.937 – 0.980

Chúng tôi chọn điểm cắt của nồng độ AMH là 6,51 ng/ml (Se = 88.6%; Sp = 89,2%).

4. Bàn luận

Tuổi trung bình của nhóm bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 30.23 ± 4.24 tuổi, so sánh với các tác giả trong nước thì tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng. Nghiên cứu của Phạm Chí Kông (2009) 30.5 ± 3.6, Trần Ngọc Hà (2010) 28.8 ± 4.6 [1], [2]. Một số nghiên khác trên thế giới: Pascal Pigny và cs 27.4 (21.3 – 33.1). Về phân loại vô sinh, trong nghiên cứu này vô sinh

I chiếm tỉ lệ đa số 75.40%, thời gian vô sinh trung bình là 3.49 ± 2.55 năm, kết quả này cũng khá phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo nhận định của một số tác giả, rối loạn phóng noãn là nguyên nhân hàng đầu của vô sinh nguyên phát, còn vô sinh thứ phát thường là do nguyên nhân từ vòi tử cung và tử cung.

Về nồng độ nội tiết cơ bản đầu chu kỳ, trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nồng độ LH, FSH, testosterone, tỉ số LH/FSH giữa nhóm có HCBTĐN và nhóm chứng (p<0.001), không có sự khác biệt về nồng độ Estradiol và Prolactin giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Kết quả của một số nghiên cứu khác như sau [4], [12]:

Tác giả	Hormon	HCBTĐN	Chứng	p
Pascal Pigny và cs	LH	8.0 (3.3 – 14.9)	3.7 (2.1 – 5.9)	0.000
	FSH	5.6 (4.5 – 7.3)	5.8 (4.0 – 7.4)	0.35
	Estradiol	32 (20 – 47)	30 (20 – 52)	0.36
	Testosterone	0.53 (0.25 – 0.83)	0.3 (0.17 – 0.45)	0.000
Christine L. Cook và cs	LH	15.2 ± 1.2	5.1 ± 0.7	0.000
	FSH	3.4 ± 0.2	3.2 ± 0.4	NS
	Estradiol	75.7 ± 5.7	42.9 ± 3.3	0.000
	Testosterone	1.6 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.000

Giá trị nồng độ AMH huyết thanh trung bình nhóm có HCBTĐN là 14.07 ± 6.17 còn của nhóm chứng là 3.98 ± 1.90 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.001). Phân tích mối tương quan giữa nồng độ AMH với một số yếu tố như: nồng độ LH, FSH, Testosterone, Estradiol, tỉ số LH/FSH nhận thấy có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa nồng độ LH (r=0.353), testosterone (r=0.434), tỉ số LH/FSH (r=0.348) với nồng độ AMH ở nhóm có HCBTĐN với p<0.001, không có sự tương quan giữa nồng độ Estradiol, FSH với nồng độ AMH huyết thanh. Kết quả của một số nghiên cứu khác [4], [12], [13].

Tác giả	AMH	HCBTĐN		Chứng	
		r	p	r	p
Pascal Pigny và cs	FSH	-0.313	0.018	-0.311	0.037
	Testosterone	0.454	0.0004	0.163	0.288
	Estradiol	-0.083	0.54	0.072	0.64
Athanasia Piouka và cs	LH	0.374	<0.001		
	và cs	0.444	<0.001		
Christine L. Cook và cs	Estradiol	-0.596	<0.001	0.1354	>0.05
	Không có mối tương quan giữa nồng độ AMH và nồng độ các hormon LH, FSH, Testosterone ở cả 2 nhóm có HCBTĐN và không có HCBTĐN				

Về giá trị chẩn đoán HCBTĐN của AMH, thông qua phân tích đường cong ROC, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn điểm cắt nồng độ AMH = 6.51

ng/ml (Se = 88.6%; Sp = 89,2%) để chẩn đoán HCBTĐN với AUC = 0.958; 95% CI : 0.937 – 0.980. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [6-9], [11], [14], [15].

Tác giả	Năm	Cut-off AMH (ng/ml)	Se %	Sp%	AUC
Homburg	2013	6.72	60.0	98.2	0.81
Woo	2012	7.82	75.9	86.8	0.868
Lin	2012	7.3	76	70	0.774
Dewailly	2011	4.9	92	97	0.973
Li HWR	2011	5.88	79	96	0.913
Li L	2010	8	61.7	70	0.664
Yi-Hui Lin	2009	7.3	70	76	0.774
Pigny	2006	8.4	67	92	0.851

5. Kết luận

Qua nghiên cứu nồng độ AMH, nội tiết sinh sản ở các trường hợp vô sinh có hội chứng buồng trứng

đa nang, nồng độ LH trung bình là 10.53 ± 7.12 mIU/ml, trong đó LH > 10 mIU/ml chiếm 44.9%; nồng độ FSH trung bình là 05.91 ± 1.57 mIU/ml; nồng độ Estradiol trung bình là 42.02 ± 26.70 pg/ml; nồng độ Testosterone trung bình là 00.33 ± 0.21 ng/ml; nồng độ Prolactin trung bình là 393.51 ± 233.97 mIU/ml; tỷ số LH/FSH trung bình là 1.82 ± 1.17 , trong đó tỉ số LH/FSH $\geq 1.5 = 65.9\%$.

Nồng độ AMH trung bình là 14.07 ± 6.17 ng/ml; Nồng độ AMH huyết thanh có mối tương quan thuận với nồng độ LH ($r = 0.353$), nồng độ Testosterone ($r = 0.434$) và tỉ số LH/FSH ($r = 0.348$). Điểm cắt nồng độ AMH huyết thanh chúng tôi chọn trong nghiên cứu này để chẩn đoán HCBTĐN là 6,51 ng/ml (Se = 88.6%; Sp = 89,2%) với AUC = 0.958; 95% CI : 0.937 – 0.980.

Tài liệu tham khảo

- Trần Thị Ngọc Hà (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị vô sinh ở phụ nữ do hội chứng buồng trứng đa nang", Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
- Phạm Chí Kông, Phan Thị Kim Cúc (2009), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng buồng trứng đa nang ở các bệnh nhân hiếm muộn tại khoa phụ sản Bệnh viện Đà Nẵng", Tạp Chí Phụ sản, Tập 7 (số 3), Tr. 10-13.
- Lê Minh Tâm (2014), "Chỉ báo dự trữ buồng trứng Anti-Mullerian Hormone - Từ lý thuyết đến thực hành", Tạp chí Phụ sản, Tập 12 (03), Tr 10-19.
- Christine L. Cook M.D, Yong Siow Ph.D, Amy G. Brenner M.D, and Mary E. Fallat M.D (2002), "Relationship between serum mullerian-inhibiting substance and other reproductive hormones in untreated women with polycystic ovary syndrome and normal women". Fertility and Sterility, Vol. 77, No. 1, pp143-146.
- Grodahl ML, Nielsen ME, Dal Canto MB, Fadini R. et (2011), "Anti-Mullerian hormone remains highly expressed in human cumulus cell during the final stages of folliculogenesis", Reprod Biomed Online (22), pp.389-398.
- Woo HY, Kim KH, Rhee EJ, Park H, Lee MK (2012), "Differences of the association of anti-Mullerian hormone with clinical or biochemical characteristics between women with and without polycystic ovary syndrome.". 2012, J Clin Endocrinol Metab, pp. 781 - 790.
- Stamatina Iliodromiti Thomas W. Kelsey Richard A. Anderson and Scott M. Nelson (2013), "Can Anti-Müllerian Hormone Predict the Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome? A Systematic Review and Meta-Analysis of Extracted Data", J Clin Endocrinol Metab, 98(8), pp.3332-3340.
- Li HW, Anderson RA, Yeung WS, Ho PC, Ng EH (2011), "Evaluation of serum antimullerian hormone and inhibin B concentrations the differential diagnosis of secondary oligoamenorrhea. Feml Steril ", Fertil Steril, 96, pp.774-779.
- Li L, Chen X, Mo Y, Chen Y, Yang D. Wenig M (2010), "Elevated serum anti-mullerian hormone in adolescent and young adult Chinese patients with polycystic ovary syndrome". Wiener Klinische Wochenschrift, (122), pp. 519 - 524.
- Lie Fong Schipper I S, de Jong FH, Themmen AP, Visser J Laven JS, (2011), "Serum anti-Mullerian hormone and inhibin B concentration are not useful predictors of ovarian response during ovulation induction treatment with recombinant follicle-stimulating hormone in women with polycystic ovary syndrome", Fertil Steril 96, pp.459-463.
- S. Jonard P. Pigny, Y. Robert, and D. Dewailly (2006), "Serum Anti-Mullerian Hormone as a Surrogate for Antral Follicle Count for Definition of the Polycystic Ovary Syndrome", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 91(3), pp.941-945.
- Pascal Pigny, Emilie Merlen, Yann Robert, Christine Cortet-Rudelli, Christine Decanter, Sophie Jonard, Didier Dewailly (2003), "Elevated Serum Level of Anti-Mullerian Hormone in Patients with Polycystic Ovary Syndrome: Relationship to the Ovarian Follicle Excess and to the Follicular Arrest", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 88 ((12)), pp.5957-5962.
- Athanasia Piouka Dimitrios Farmakiotis Ilias Katsikis Djuro Macut Spiros Gerou and Dimitrios Panidis (2009), "Anti-Mullerian hormone levels reflect severity of PCOS but are negatively influenced by obesity: relationship with increased luteinizing hormone levels", AJP-Endocrinol Metab, 4 (vol 296), pp.238 - 243.
- Homburg R Ray A Bhide P et al (2013), "The relationship of serum antiMullerian hormone with polycystic ovarian morphology and polycystic ovary syndrome: a prospective cohort study", Hum Reprod, 28(4), pp.1077-1083.
- Yi-Hui Lin M.D, Wan-Chun Chiu Ph.D, Chien-Hua Wu Ph.D, Chii-Ruey Tzeng M.D, Chun-Sen Hsu M.D, and Ming-I Hsu M.D. (2011), "Anti-mullerian hormone and polycystic ovary syndrome", Fertility and Sterility, Vol. 96, No. 1, , pp. 230 - 235.