

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÔ SINH TẠI VIỆT NAM VÀ CÁC GIẢI PHÁP DỰ PHÒNG

GS.TS. Vương Tiến Hòa
Trường Đại học Quốc tế Sài Gòn

Tóm tắt: Tỷ lệ vô sinh đang tăng cả trong và ngoài nước. Nâng cao hiểu biết về vô sinh cho cộng đồng, đặc biệt là học sinh sinh viên là điều cần thiết. **Mục tiêu:** cung cấp thực trạng vô sinh ở Việt Nam hiện nay, các phương pháp chẩn đoán và điều trị, đề xuất các giải pháp dự phòng vô sinh cá nhân và cộng đồng. **Phương pháp:** tổng quan tài liệu và phân tích gộp. **Kết quả:** Tỷ lệ vô sinh chung tại Việt Nam ở mức trung bình: chiếm 7,7% các cặp vợ chồng trong lứa tuổi sinh sản từ 15 đến 49 tuổi. Vô sinh nguyên phát là 3,9%. Vô sinh thứ phát chiếm 3,8%. Nhiều nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh. Nhiều phương pháp hiện đại để chẩn đoán và điều trị đã được áp dụng tại Việt Nam.

Kết luận: Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ vô sinh: địa lý môi trường, nơi cư trú, dân tộc, trình độ văn hóa, kinh tế, phong tục tập quán. Nguyên nhân vô sinh đa dạng, điều trị khó khăn lâu dài tốn kém, kết quả điều trị mặc dù đã có nhiều tiến bộ nhưng vẫn còn nhiều hạn chế. Thực hiện nhiều giải pháp để phòng ngừa vô sinh. Cần phát hiện và điều trị sớm và tích cực cho bệnh nhân bị vô sinh

Từ khóa: vô sinh, bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm

ĐẶT VẤN ĐỀ: Vô sinh (VS) là tình trạng không có thai của một cặp, sinh hoạt tình dục bình thường mà không áp dụng bất cứ một biện pháp tránh thai nào trong khoảng thời gian một năm. Vô sinh là một vấn đề lớn không chỉ liên quan đến hạnh phúc và kinh tế của gia đình mà còn liên quan đến xã hội. Tỷ lệ vô sinh ngày càng gia tăng trên thế giới và Việt Nam. Vô sinh có rất nhiều nguyên nhân và đa dạng. Chẩn đoán và điều trị vô sinh khó khăn, tốn kém về kinh tế, thời gian kéo dài. *Thiếu hụt về hiểu biết và kiến thức về dự phòng cho cộng đồng, đặc biệt là học sinh, sinh viên trong các trường học* làm tăng tỷ lệ và ảnh hưởng đến kết quả điều trị [11], vì vậy nghiên cứu để giới thiệu một cách tổng thể về VS sẽ giúp cho cộng đồng (đặc biệt là học sinh sinh viên) những kiến thức cơ bản và những nguy cơ, cần phải khám và điều trị sớm những bệnh lý, phòng tránh những yếu tố nguy cơ sẽ làm giảm tần suất bị vô sinh, nâng cao kết quả điều trị, giảm chi phí cho gia đình và xã hội là việc cần thiết. Xuất phát từ những ý tưởng trên, chúng tôi tiến hành đề tài: **Nghiên cứu thực trạng vô sinh tại Việt Nam và các giải pháp dự phòng.** Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng, tỷ lệ, nguyên nhân vô sinh hiện tại ở Việt Nam
2. Giới thiệu các phương pháp chẩn đoán vô sinh
3. Trình bày các phương pháp điều trị vô sinh hiện nay tại Việt Nam
4. Đề xuất các biện pháp dự phòng vô sinh cá nhân và cộng đồng

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu : Tổng quan tài liệu (Overview), Phân tích gộp (Meta – Analysis), Tổng hợp tài liệu tổng quan và nghiên cứu có giá trị và độ tin cậy cao về vô sinh nam, nữ

KẾT QUẢ

1. Định nghĩa và những khái niệm vô sinh

Vô sinh là tình trạng không có thai của một cặp, sinh hoạt tình dục bình thường mà không áp dụng bất cứ một biện pháp tránh thai nào trong khoảng thời gian một năm Đối với phụ nữ lớn tuổi (từ 35 tuổi trở lên) thì thời gian này chỉ còn 6 tháng để giúp cho chẩn đoán và điều trị sớm vì ở lứa tuổi này, khả năng sinh sản giảm nhiều so với những phụ nữ dưới 30 tuổi [5].

- Thiếu sinh (còn gọi là hiếm muộn) : là sự khó có thai của một cặp vợ chồng mà cả hai đều giảm khả năng sinh sản.

- Không có khả năng sinh sản là một người có một số yếu tố tuyệt đối ngăn cản việc có thai vì vậy không thể có thai được
- Vô sinh nguyên phát: một cặp chưa bao giờ có thai sau 1 năm sống với nhau (còn gọi là vô sinh 1).
- Vô sinh thứ phát: một cặp chưa có thai lại sau lần có thai trước 1 năm (còn gọi là VS 2).
- Vô sinh nữ: nguyên nhân do người vợ mà chồng hoàn toàn bình thường.
- Vô sinh nam: nguyên nhân do người chồng mà vợ hoàn toàn bình thường.
- Nguyên nhân vô sinh có thể là kết hợp cả nam và nữ.

2. Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh [1], [2]

Tuổi: là một thông số quan trọng để tiên lượng khả năng có thai vì tuổi càng cao các nang noãn buồng trứng kém dẫn đến vô sinh. Khả năng sinh sản của phụ nữ cao nhất là từ 20 đến 30. Tỷ lệ có thai sau một năm ở phụ nữ dưới 30 tuổi là 74%, từ 31 – 35 là 62%, từ trên 35 là 54%. Nam giới: từ 40 tuổi trở đi, tinh hoàn giảm tiết testosterone, nồng độ hormon gắn kết globulin (SHBG) trong huyết thanh tăng đồng thời sự sinh sản tinh trùng của tinh hoàn giảm dần. Từ 50 đến 80 tuổi, sản sinh tinh trùng giảm tới 30%

Nơi sinh sống: Những người sống ở vùng sâu, vùng xa, ít được tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe, truyền thông ít, thiếu kiến thức về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, điều kiện vệ sinh kém, thiếu hiểu biết cho nên không được phát hiện sớm vô sinh và điều trị kịp thời làm tăng số lượng cũng như khó khăn cho việc điều trị

Trình độ học vấn: học vấn ảnh hưởng rất nhiều đến vô sinh.

Dân tộc, tôn giáo: dân tộc ít người, tôn giáo, thói quen, tín ngưỡng, phong tục tập quán lạc hậu là những rào cản trong việc phát hiện và điều trị vô sinh, đặc biệt là những tập tục về sinh sản ở các vùng sâu, vùng xa làm tăng nguy vô sinh do viêm nhiễm. Ngôn ngữ cũng là cũng là một trở ngại cho việc tiếp cận với dịch vụ y tế về vô sinh

Môi trường sống. những hoá chất sử dụng trong công hoặc nông nghiệp có thể gây vô sinh đặc biệt đối với nam giới vì tinh hoàn rất nhạy cảm với hóa chất tác động đến sự sinh tinh trùng.

Tác nhân phóng xạ: tác động vào giai đoạn phân chia của tinh trùng khi tinh trùng còn non (ở giai đoạn tinh nguyên bào) nhưng nếu tiếp xúc với nguồn phóng xạ với cường độ cao và thời gian kéo dài sẽ ảnh hưởng đến chất lượng và khả năng sinh tinh và dẫn đến vô sinh không hồi phục.

Lối sống: hút thuốc lá, ma túy, rượu bia. Các thói quen về tình dục: thủ dâm, nghiện phim đen, Gây rối loạn xuất tinh

Một số thuốc điều trị bệnh nội khoa: Theo Tổ chức y tế thế giới (2000), một số thuốc có thể ảnh hưởng đến sinh tinh trùng như: hormon, Cimetidin, Sulphasalazine, Spironolactone, Nutrofuratoin, Niridszone, Colchichine

3. Vô sinh nam

Theo Tremellen (2008), cứ 20 người nam giới thì có một người liên quan đến hiếm muộn. Nguyên nhân hiếm muộn do nam giới có thể do tinh trùng ít, hình thái tinh trùng bất thường, nhiễm khuẩn, xuất tinh ngược dòng, hoặc không có tinh trùng (azoospermia), trong đó vô sinh do không có tinh trùng chiếm khoảng 5% - 13,8% các trường hợp vô sinh do nam giới, và khoảng 2% không có tinh trùng trong quần thể nam giới bình thường [trích 1], [8]. Tỷ lệ vô sinh nam cũng tương đương với tỷ lệ vô sinh nữ.

3.2. Nguyên nhân: Có 3 loại là trước tinh hoàn, tại tinh hoàn và sau tinh hoàn

- **Nguyên nhân trước tinh hoàn:** Suy vùng dưới đồi tuyến yên, do tăng prolactin máu, bệnh lý tuyến giáp tăng hormon tuyến thượng thận, đái tháo đường, đột biến di truyền.

Nguyên nhân tại tinh hoàn: . Tinh hoàn lạc chỗ, tinh hoàn ẩn, suy tinh hoàn, biến chứng teo tinh hoàn do quai bị, giãn tĩnh mạch thừng tinh, xoắn tinh hoàn, chấn thương tinh hoàn, u tế bào Leydig .

- **Nguyên nhân sau tinh hoàn:** teo ống dẫn tinh bẩm sinh, thắt ống dẫn tinh, tắc ống phóng tinh, xuất tinh ngược dòng, rối loạn cương dương, lỗ đái thấp, tắc nghẽn trong tinh hoàn, tắc nghẽn mào tinh, tắc đường dẫn tinh, tắc ống phóng tinh. Tắc ống dẫn tinh, ống phóng tinh, bệnh lý bẩm sinh không có ống

dẫn tinh, hoặc bệnh nhân triệt sản nam bằng phương pháp thắt ống dẫn tinh. Trong số các bệnh nhân thắt ống dẫn tinh thì có khoảng 5-10% bệnh nhân bị tắc ở mào tinh kèm theo.

- **Không có tinh trùng không do tắc nghẽn:** do nguyên nhân bất thường vùng dưới đồi tuyến yên. Các bệnh nhân này thường có biểu hiện nồng độ FSH huyết thanh tăng hoặc giảm kèm theo thể tích tinh hoàn giảm: *hội chứng Kallmann, hội chứng Prader-Will:* bệnh nhân béo phì, giảm trương lực cơ, tinh thần chậm chạp, thân hình yếu ớt, cơ nhẽo, suy sinh dục. Bệnh có tính chất gia đình do thiếu hụt GnRH dẫn đến thiếu hụt FSH và LH.

Tinh hoàn lạc chỗ: Tinh hoàn lạc chỗ là tinh hoàn nằm trong ổ bụng, trong ống bẹn hoặc trong bìu. Có thể điều trị bằng nội tiết hCG trong những năm đầu đời, nếu sau hai tuổi mà chưa xuống thì phải phẫu thuật vì để lâu có thể gây vô sinh.

Do viêm tinh hoàn.

3.2 Thăm khám vô sinh nam [8]tr .

3.2.1. Hỏi bệnh sử và hiện tại: tuổi, thời gian lập gia đình, thời gian vô sinh và tiền sử sinh sản trước đó, tiền sử bệnh lý tuổi thiếu niên, tình trạng thủ dâm, tần suất, teo hay tinh hoàn lạc chỗ. Tuổi sinh hoạt tình dục lần đầu, tần suất giao hợp bao nhiêu lần/tuần, thời gian giao hợp một lần khoảng bao nhiêu phút, có phóng tinh hay không, khi phóng tinh có đau không, xuất tinh có ra máu không, đau sau khi xuất tinh. Các phẫu thuật ổ bụng và tăng sinh môn, có liên quan đến vùng sinh dục có thể gây rối loạn dẫn truyền thần kinh dẫn đến rối loạn xuất tinh. Tiền sử viêm nhiễm đường tiết niệu, đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Những bệnh lý viêm nhiễm sẽ làm tắc ống dẫn tinh. Có bị bệnh quai bị không. Tiền sử sang chấn, phẫu thuật vùng bìu, tiền sử đau sưng vùng bìu và phẫu thuật thoát vị bẹn, thoát vị đùi. Nghề nghiệp, tiếp xúc với môi trường độc hại, phơi nhiễm với độc tố môi trường, phóng xạ, tiếp xúc nhiệt độ cao vì tăng nhiệt độ vùng bìu có thể dẫn đến vô sinh lí do là tinh hoàn bìu, bên ngoài cơ thể và luôn được thoáng mát, vì vậy khi mặc quần lót chật, kéo dài, tiếp xúc nhiệt độ cao, tắm hoặc ngâm nước quá nóng, xông hơi quá dài làm tăng nhiệt độ cơ thể. Những người lái xe đường dài cũng có thể làm tăng khả năng vô sinh. Nhân viên văn phòng ngồi lâu trên đệm mềm, nóng cũng là một yếu tố góp phần làm giảm khả năng sinh tinh. Tuy nhiên cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu chứng minh những lí do này

Một số thuốc điều trị các bệnh chuyển hóa hay mãn tính, đặc biệt là các thuốc điều trị bệnh cao huyết áp và tâm thần. Hút thuốc lá, ma túy, uống rượu... làm giảm testosterone và chất lượng tinh trùng. Lối sống thiếu điều độ cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ vô sinh

3.2.2 Khám lâm sàng [2], [8], [11]

Phải khám toàn thân để loại trừ các bệnh lý hiện đang mắc và các bệnh mãn tính sau đó khám bộ phận sinh dục: đánh giá tính chất sinh dục phụ như cơ bắp, râu, vú to hay nhỏ, hệ thống lông đặc biệt là lông mu nhiều hay ít. Nếu hệ thống lông thưa, vú to, cơ mềm nhẽo là thiếu testosterone. Khám dương vật: đo chiều dài, kích thước. Bình thường dương vật nam giới Việt Nam dài 7 – 10cm. Vùng bìu có bất thường và dẫn tinh mạch không. Nắn hai tinh hoàn để đánh giá mật độ và kích thước. Bình thường tinh hoàn có mật độ chắc và thể tích khoảng 15 -25 ml. Nếu bị bệnh quai bị thì tinh hoàn bị xơ teo, kích thước nhỏ và rắn do xơ hóa. Nếu suy tinh hoàn thì kích thước nhỏ và mật độ tinh hoàn mềm. Nắn mào tinh hoàn và thừng tinh: mào tinh hoàn và ống dẫn thừng tinh là ống dẫn đưa tinh trùng từ tinh hoàn về túi tinh ở tuyến tiền liệt.

Nếu mào tinh hoàn hoặc thừng tinh rắn chắc thường là ống dẫn tinh bị tắc. Khám xem có dẫn tinh mạch thừng tinh không vì dẫn tinh mạch thừng tinh gây vô sinh gặp ở 35% và nam giới. Bệnh nhân không có tinh trùng do tắc nghẽn, thường thể tích tinh hoàn trên 15ml (ngược lại các bệnh nhân do tinh hoàn không sản xuất ra tinh trùng thì tinh hoàn thường teo nhỏ), mào tinh căng to, có thể có triệu chứng viêm tắc niệu đạo.

3.3. Xét nghiệm bệnh nhân vô sinh nam

3.3.1 Xét nghiệm tinh dịch đồ: là một xét nghiệm cơ bản nhất để chẩn đoán vô sinh nam. Xét nghiệm tinh dịch đồ là một thăm dò bắt buộc cho tất cả các cặp vợ chồng hiếm muộn vì xét nghiệm này đơn giản, dễ làm, không tốn kém, không xâm nhập. Không sinh hoạt tình dục từ 2 đến 5, dùng tay đã rửa sạch tự kích thích cho đến lúc cao điểm. Tinh dịch được phóng vào một rộng miệng (để tinh dịch

không rót ra ngoài). Lọ này đã được vô khuẩn, hấp khô ngày trước xét nghiệm. Chờ 30 phút để cho tinh dịch li giải hoàn toàn, sau đó đọc dưới kính hiển vi [12,[13]. Không được lau rửa lọ bằng dung dịch sát khuẩn hay xà phòng. Không dùng bao cao su để đựng tinh dịch. Trong trường hợp khó khăn, có thể nhờ sự trợ giúp của người phụ nữ nhưng khi gần phóng tinh phải rút dương vật và phóng tinh vào lọ đựng tinh dịch

Bảng .1 Chỉ số tinh dịch đồ bình thường theo tiêu chuẩn năm 1999 và 2010

Chỉ số tinh dịch đồ	WHO 2010	WHO 1999
Thể tích	> 1,5ml	> 2ml
pH	> 7,2	7,2 - 8
Mật độ	> 15.10 ⁶ /ml	> 20.10 ⁶ /ml
Tổng số tinh trùng	> 39.10 ⁶ /ml	> 40.10 ⁶
Tinh trùng sống	> 58%	> 75%
Di động	PR (<i>Progressive</i>) > 32% hoặc PR + PN > 40%	A > 25% Hoặc A + B > 50%
Hình thái bình thường	> 4%	> 14%
Tế bào tròn	< 1000	< 1000

Theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới năm 2010, nam giới bình thường: thể tích mỗi lần xuất tinh hơn > 1,5ml. màu trắng đục, số lượng > 15 triệu tinh trùng trong ml tinh dịch. pH : kiềm, từ 7,2. đánh giá sự di động và hình thái cũng như tỷ lệ sống của tinh trùng. Phân loại về sự di chuyển của tinh trùng như:

- Mức độ A là tinh trùng di động tiến tới về phía trước **nhanh**
- Mức độ B là tinh trùng di động tiến tới về phía trước **chậm**
- Mức độ C là tinh trùng có di động nhưng chỉ tại chỗ
- Mức độ D là tinh trùng không di động
- Tỷ lệ mức độ A phải > 25% hoặc
- A + B > 50%
- Tỷ lệ tinh trùng có hình thái bình thường phải > 4%

- Dựa vào kết quả xét nghiệm, tinh dịch đồ được xếp loại: tinh dịch đồ bình thường, tinh dịch đồ có tinh trùng ít hơn bình thường), tinh dịch đồ có tinh trùng yếu (di động của tinh trùng thấp hơn so với mức độ bình thường), tinh dịch đồ không có tinh trùng, tinh trùng ít (Oligospermia: lượng tinh trùng ít < 20 triệu/ml), không có tinh trùng (Azoospermia): trong mẫu xét nghiệm không có tinh trùng và phải xét nghiệm 3 lần đúng qui cách mới kết luận. Tinh trùng dị dạng (Teratospermia) có hình thái bình thường < 4 %. Tinh trùng yếu (Teratospermia): tinh trùng có hình thái bình thường < 4 %. tinh trùng yếu ít, dị dạng (Asthenospermia): di động < 50%. Tinh dịch bị nhiễm khuẩn khi lượng bạch cầu > 1.000/ml

3.3.2 Định lượng hormon: FSH, độ LH, Testosteron, Prolactin và Estradiol

3.3.3 Xét nghiệm về nhiễm khuẩn: virus viêm gan B (HbsAg). Xét nghiệm giang mai, nếu dương tính thì phải định giá kháng thể để chẩn đoán mức độ nhiễm khuẩn và phải điều trị khỏi hoàn toàn rồi mới điều trị vô sinh. Xét nghiệm HIV, nếu dương tính thì bệnh nhân cần được tư vấn cẩn thận và không nên điều trị vô sinh vì nguy cơ cao cho thai nhi

3.3.4 Siêu âm Siêu âm bìu để xác định khối lượng, kích thước hai tinh hoàn, có dẫn tinh mạch thừng tinh không. Tuy nhiên siêu âm ít có giá trị trong chẩn đoán lâm sàng. Siêu âm đường trực tràng để xem tình trạng tuyến tiền liệt, tức ống dẫn tinh nhưng cũng khó xác định chính xác có hay không tắc ống dẫn tinh

3.3.5 Sinh thiết tinh hoàn: được chỉ định khi dịch đồ không có tinh trùng, kích thước tinh hoàn bình thường và nồng độ FSH bình thường. Nếu FSH tăng cao thì không phải sinh thiết tinh hoàn vì khi FSH tăng cao là chẩn đoán sinh tinh bất thường. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản trung ương, sinh thiết tinh hoàn cho những bệnh nhân có FSH > 10 UI/ml và thể tích tinh hoàn < 10ml thì không có trường hợp nào có tinh trùng

3.3.6 Xét nghiệm về di truyền trong vô sinh nam: Những bất thường về di truyền có thể gây vô sinh nam bao gồm: Đột biến gen CFTR trong bệnh xơ nang liên quan đến bệnh không có ống dẫn tinh. Hội chứng Klinefelter : 47 XXY. Những bệnh nhân này là nam có hình thái nữ, chiếm 2/3 các bất thường về nhiễm sắc thể ở nam giới bị vô sinh. Nhiễm sắc thể bất thường gặp từ 5 đến 10% ở bệnh nhân không có tinh trùng, 5% thiếu tinh trùng và < 1% ở những bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường.

3.4 Các phương pháp điều trị vô sinh nam, [2], [9]

3.4.1 Điều trị nội khoa: dùng thuốc cho tăng sinh sản tinh trùng, rối loạn cương dương

Điều trị ngoại khoa: can thiệp sửa chữa những bất thường về tinh hoàn và dương vật hoặc do tắc nghẽn ống dẫn tinh (hiện nay ít thực hiện vì kết quả thấp)

3.4.2 Các phương pháp hỗ trợ sinh sản: có 3 kỹ thuật:

- Bơm tinh trùng đã được lọc rửa vào buồng tử cung: chỉ định cho các trường hợp tinh dịch đồ bình thường nhưng người vợ lâu quá không có thai hay tinh trùng yếu nhẹ, hay yếu vừa. Tỷ lệ thành công của phương pháp trên khoảng 12%-20%. Chi phí rẻ tiền

- Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF): phương pháp dành cho các trường hợp tinh dịch đồ kém hay tắc ống dẫn tinh mà không thể mổ nối được (ví dụ bệnh bất sản ống dẫn tinh hai bên). Phương pháp này có tỷ lệ thành công khoảng > 30%.

- Thụ tinh trong ống nghiệm với sự hỗ trợ của tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI),

3.5 Dự phòng vô sinh nam

- Phát hiện sớm các dị dạng, bất thường về cấu trúc giải phẫu để can thiệp sớm đúng lúc và kịp thời. Phòng chống và điều trị kịp thời, đúng, tích cực các bệnh viêm nhiễm như quai bị, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là bệnh lậu và chlamydia. Sau 1 năm sinh hoạt tình dục bình thường mà không có thai phải khám vô sinh. Nếu vợ trên 35 tuổi thì sau cưới 6 tháng mà chưa có thai phải đi khám vô sinh.

- Tránh hoặc hạn chế tiếp xúc các tác nhân môi trường như hóa chất độc, không để cơ quan sinh dục tiếp xúc với môi trường có nhiệt độ cao. Cải thiện lối sống: bỏ thuốc lá cũng là một biện pháp tốt giúp tăng chất lượng tinh trùng. Ngoài ra, hai vợ chồng cần giao hợp thường xuyên, khoảng 2-4 lần mỗi tuần, để giúp kích thích tinh hoàn sinh

4. Vô sinh nữ

4.1 Nguyên nhân vô sinh nữ.

4.1.1 Do bất thường cấu tạo giải phẫu [4], [5] : không có lỗ màng trinh, thường gây ứ máu kinh lâu dần làm hồng đường sinh dục. Do âm đạo: không có âm đạo hoàn toàn, chỉ có một phần âm đạo: vách ngăn âm đạo (một màng nối hai thành của âm đạo và chia âm đạo thành hai phần). Có hai loại là vách ngăn ngang và vách ngăn dọc. Nếu là vách ngăn hoàn toàn sẽ chia âm đạo thành hai phần và ngăn cản không cho tinh trùng vào buồng tử cung. Vách ngăn dọc chạy dọc theo chiều dài của âm đạo. Vách ngăn dọc có thể bắt đầu bám từ cổ tử cung hoặc đầu trên của âm đạo chạy hết chiều dài của âm đạo ra ngoài âm hộ gọi là vách ngăn dọc hoàn toàn. Trong trường hợp hai tử cung thì vách ngăn dọc thường ở giữa cổ tử cung, chia lỗ cổ tử cung làm hai phần.

- Do CTC: cổ tử cung là cửa ngõ để tinh trùng xâm nhập vào buồng tử cung, nếu có bất thường ở cổ tử cung sẽ gây vô sinh. Lỗ CTC quá hẹp do bẩm sinh hoặc CTC bị chít hẹp do đốt diệt tuyến trong trường hợp bị lộ tuyến CTC hoặc là sẹo do cắt polype làm cho tinh trùng khó xâm nhập vào buồng tử cung mà dẫn đến vô sinh. CTC chúi ra sau hoặc ra trước nên không "ngâm" vào vùng tinh dịch ở cùng đồ âm đạo.

- Do tử cung: các bất thường về tử cung như: không có tử cung (do sai lạc khi hình thành cơ quan sinh dục trong bào thai), dị dạng tử cung, u xơ tử cung, polyp tử cung, dính buồng tử cung. Không có tử cung kèm theo không có âm đạo nên không có kinh nguyệt (Hội chứng Rotansky Kuster Hauser). Thăm khám lâm sàng không thấy tử cung và khi siêu âm cũng không thấy tử cung. Tử cung kém phát triển: cũng có tử cung nhưng do bất thường trong quá trình phát triển nên tử cung bé, chức năng kém gây vô sinh. Dị dạng: tử cung có hình thái bất thường đáy tử cung lõm xuống có hình dáng trông như hai sừng làm hẹp thể tích của buồng tử cung. Tử cung có một sừng: là sự phát triển không

bình thường của tử cung. Tử cung đôi: bất thường trong quá trình hình thành trong bào thai nên có hai tử cung, hai buồng tử cung và hai cổ tử cung có một hoặc hai âm đạo. Tử cung có vách ngăn. Dính buồng tử cung do nạo hút thai hoặc hút buồng tử cung do rong kinh, rong huyết hoặc do bệnh lao tại buồng tử cung. U xơ tử cung: nếu to sẽ chèn làm lấp lỗ vòi tử cung, tinh trùng không lên vòi tử cung được, hoặc to quá chiếm hết buồng tử cung làm sảy phôi sớm. Polip buồng tử cung làm niêm mạc tử cung kém phát triển hoặc chảy máu liên tục, cho nên mặc dù có thụ tinh nhưng phôi không làm tổ được mà dẫn đến vô sinh

4.1.2 Do vòi tử cung (VTC): trước đây gọi là vòi trứng, là nguyên nhân thường gặp nhất trong các loại vô sinh nữ và chiếm từ 30 đến 40%. Vô sinh do VTC bao gồm các tổn thương và sự tắc nghẽn tại VTC mà viêm nhiễm vùng tiểu khung là nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương hoặc tắc nghẽn VTC [6]. Không có vòi tử cung hoặc do dị dạng, lạc nội mạc tử cung làm chít hẹp hoặc tắc lòng vòi trứng. Viêm do nhiễm khuẩn làm chít hẹp hoặc tắc vòi trứng hay gặp nhất là do lậu và Chlamydia Trachomatis

4.2.3. Do buồng trứng [1]: không có buồng trứng, buồng trứng kém phát triển, Buồng trứng bị suy sớm, giảm và hết các nang noãn

- **Do rối loạn phóng noãn (rụng trứng).** Theo Tổ chức y tế thế giới, rối loạn phóng noãn được chia làm 3 loại

+ Rối loạn phóng noãn do suy trục dưới đồi – Tuyến yên: không tiết ra hormon. Trên lâm sàng, bệnh nhân không có kinh nguyệt, các triệu chứng sinh dục phụ của nữ giảm dần. Xét nghiệm hormon sinh dục như FSH, LH và Estradiol đều giảm thấp nhưng Prolactin bình thường.

+ Suy buồng trứng: nồng độ FSH và LH tăng cao, nồng độ Estradiol thấp

+ Rối loạn trục dưới đồi – tuyến yên kinh ít, kinh thưa, hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) [1]. Trong 3 loại rối loạn phóng noãn thì loại này hay gặp nhất. Biểu hiện của hội chứng buồng trứng đa nang bao gồm 3 dấu hiệu: kinh thưa (>35 ngày) hoặc không có kinh > 6 tháng, nam hóa do cường androgen: rậm lông, mụn trứng cá, béo phì. Siêu âm vào ngày thứ 2 – 5 của chu kỳ kinh thấy buồng trứng có > 12 nang noãn có kích thước 2-9 mm, thể hiện ít nhất ở 1 buồng trứng.

Không phóng noãn do Prolactin cao: vô kinh, tiết sữa, nồng độ prolactin cao, Estradiol thường giảm. Phải chụp cộng hưởng từ để loại trừ u tuyến yên

4.2.4. Do các tuyến nội tiết khác: suy hoặc u tuyến yên, u tuyến thượng thận, thiếu năng, cường tuyến giáp, tăng prolactin huyết, lạc nội mạc tử cung:

4.2.5 Không rõ nguyên nhân: thăm khám và xét nghiệm nội tiết không thấy rối loạn phóng noãn, kết quả chụp tử cung - vòi tử cung bình thường, soi ổ bụng và soi buồng tử cung kết quả bình thường, kết quả tinh dịch đồ trong giới hạn bình thường

4.2.6. Do những yếu tố khác: sang chấn tinh thần, lãnh cảm, sợ hãi quá mức, suy dinh dưỡng, các bệnh mãn tính làm giảm khả năng sinh hoạt tình dục. Tần suất giao hợp dưới 3 lần trong một tuần, thụ rửa âm đạo, dùng các chất bôi trơn. Do viêm âm đạo, cổ tử cung, buồng tử cung: làm thay đổi môi trường, tinh trùng chết hoặc phôi khó làm tổ

4.3. Thăm khám bệnh nhân bị vô sinh

4.3.1 Hỏi bệnh: tuổi, thời gian thực hiện SHTD để có thai bao lâu. Tiền sử kinh nguyệt: tuổi dậy thì, bắt đầu hành kinh, kinh nguyệt lúc dậy thì. Kinh nguyệt hiện tại: chu kỳ (bao nhiêu ngày), đều hay không đều, thời gian hành kinh, tính chất kinh nguyệt, có đau bụng khi hành kinh không, nếu đau thì tính chất đau như thế nào. Nếu đau bụng xuất hiện trước và trong khi hành kinh thì thường là lạc nội mạc tử cung... Tình trạng sinh hoạt tình dục: số lần trong tuần, thời gian giao hợp, đau hay không đau, có đạt được cực khoái không? Tiền sử thai nghén, số lần nạo hút hoặc sảy thai, chửa ngoài tử cung. Có can thiệp vào buồng tử cung như nạo buồng tử cung do rong kinh, rong huyết, cắt polip buồng tử cung..... Có bị can thiệp ngoại khoa vào vùng bụng không nếu có thì vì lý do gì. Các phương pháp tránh thai. Tình trạng sức khỏe chung, các bệnh mãn tính, đặc biệt là các bệnh về nội tiết. Các thuốc đã và đang sử dụng

4.3.2 Thăm khám toàn thân: tìm các nguyên nhân có thể dẫn đến hiếm muộn và vô sinh như thừa cân, béo phì, rậm lông là biểu hiện của Hội chứng buồng trứng đa nang hoặc các bệnh do rối loạn nội tiết, các bệnh mãn tính

4.3.3 Khám phụ khoa: thăm khám bộ phận sinh dục ngoài: sinh dục phụ, rậm lông. Âm đạo, cổ tử cung: đánh giá tình trạng cấu tạo giải phẫu, viêm nhiễm ở âm đạo và cổ tử cung. Tử cung: kích thước, tư thế, các bất thường. Phần phụ: viêm nhiễm, có khối u không. Khám vú: tuyến vú có phát triển không, có tiết dịch hay tiết sữa không, có khối u không. Nếu có tiết sữa cần định lượng Prolactin

4.4. Các xét nghiệm và thăm dò chẩn đoán vô sinh nữ

4.4.1 Xét nghiệm HIV, HBsAg (viêm gan B), giang mai, Chlamydia, kháng thể kháng lao để xem trong tiền sử và hiện tại có bị nhiễm khuẩn không để sàng lọc các nguyên nhân có thể gây dính vùng tiểu khung và tắc vòi tử cung. Xét nghiệm nội tiết FSH, LH, E2 (Estradiol), Progesteron, Prolactin được thực hiện vào ngày thứ 2 – 4 của chu kỳ kinh để sàng lọc các rối loạn phóng noãn, buồng trứng đa nang hay vô sinh do tăng prolactin

4.4.2 Siêu âm phụ khoa: là thăm dò cơ bản khi thăm khám ban đầu. Mục đích nhằm đánh giá tình trạng tử cung, hai buồng trứng và các bất thường trong tiểu khung như u xơ hoặc polyp tử cung, khối u buồng trứng, ứ nước vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung ở tiểu khung hay buồng trứng

- Siêu âm nang thứ cấp: siêu âm đầu dò âm đạo vào ngày thứ 2-4 của chu kỳ kinh. Nang thứ cấp có đường kính từ 2 đến 10mm. Nếu số lượng nang thứ cấp < 4 nang thì tiên lượng đáp ứng buồng trứng kém với kích thích buồng trứng

- Siêu âm theo dõi sự phát triển của nang noãn trong kích thích buồng trứng để chỉ định ngày giao hợp hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

- Siêu âm bơm nước vòi tử cung: khi nghi ngờ có polyp buồng tử cung hoặc vách ngăn tử cung. Bệnh nhân được khám phụ khoa để loại trừ viêm nhiễm đường sinh dục, kiêng sinh hoạt tình dục và thực hiện sau sạch kinh 3 – 5 ngày.

4.4.3.Chụp tử cung – vòi tử cung: là phương pháp thăm dò ống cổ tử cung, buồng tử cung và 2 vòi tử cung bằng tiêm chất cản quang từ cổ tử cung vào buồng tử cung. Đây là thăm dò cơ bản và thường qui bắt buộc đối với vô sinh. Bệnh nhân được khám phụ khoa để loại trừ viêm nhiễm đường sinh dục, kiêng sinh hoạt tình dục và thực hiện sau sạch kinh 3 – 5 ngày.

4.4.4 Đánh giá dự trữ buồng trứng: đánh giá khả năng buồng trứng tạo nang noãn và chất lượng của nang noãn. Dự trữ buồng trứng giảm thường gặp ở phụ nữ sau 35 tuổi nhưng cũng có thể gặp ở một số bệnh nhân vô sinh. Đánh giá dự trữ của buồng trứng dựa vào tuổi của người phụ nữ, xét nghiệm nội tiết, siêu âm nang thứ cấp và một số thăm dò khác

- **Tuổi của người phụ nữ:** là một thông số quan trọng để tiên lượng khả năng có thai. Tuổi càng cao thì khả năng có thai càng giảm, vì dự trữ buồng trứng giảm nên giảm khả năng sinh sản. Tuổi là yếu tố xác định khả năng sinh sản trong chu kỳ tự nhiên và chu kỳ hỗ trợ sinh sản. Tuổi dưới hoặc bằng 35 thì dự trữ buồng trứng bình thường nhưng trên 35 tuổi thì dự trữ buồng trứng giảm. Tỷ lệ có thai sau một năm ở phụ nữ dưới 30 tuổi là 74%, từ 31 – 35 là 62%, trên 35 là 54%. Tuổi người phụ nữ không chỉ ảnh hưởng đến khả năng có thai mà còn ảnh hưởng đến tỷ lệ sinh trẻ sống vì tuổi càng cao thì nguy cơ sảy thai càng cao. Tỷ lệ sảy thai ở phụ nữ trên 40 tuổi là 50 – 70%

- **Xét nghiệm FSH cơ bản:** FSH ≤ 10 IU/l là dự trữ buồng trứng bình thường. FSH > 10 IU/l là dự trữ buồng trứng giảm. FSH > 15 IU/l tiên lượng có thai trong thụ tinh trong ống nghiệm là rất thấp.

Estradiol (E2) cơ bản: do các tế bào hạt của nang noãn tiết ra, được thực hiện vào ngày 2-3 của chu kỳ kinh. E2 > 80 pg/ml là dự trữ buồng trứng giảm. **AMH (Anti Mullerian hormon)** do tế bào hạt tiết ra, có giá trị tiên lượng dự trữ buồng trứng. AMH 18 pmol/ml là dự trữ buồng trứng giảm. **Inhibin B:** do tế bào hạt tiết ra trong pha nang noãn của chu kỳ kinh nguyệt, được xét nghiệm vào ngày 3 của chu kỳ kinh. Nếu < 45 pg/ml thì dự trữ buồng trứng giảm.

Test clomiphen citrate: Xét nghiệm FSH vào ngày 3 của chu kỳ kinh, sau đó cho bệnh nhân uống 100 mg clomiphen citrate từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 9, xét nghiệm FSH vào ngày thứ 10 của chu kỳ kinh. Nếu FSH ngày 3 hoặc ngày 10 tăng > 10 UI/l là bất thường về dự trữ buồng trứng. Ở phụ nữ bị vô sinh, dưới 35 tuổi có 10% và > 39 tuổi có 26% có test clomiphen bất thường

4.5. Các phương pháp điều trị vô sinh nữ

4.5.1. Phương pháp điều trị nội khoa: sử dụng các thuốc để kích thích các nang noãn phát triển và phóng noãn. Nếu mục đích kích buồng trứng để bơm tinh trùng vào buồng tử cung là kích thích được từ 1 đến 3 nang noãn phát triển và phóng noãn

Kích thích buồng trứng và hướng dẫn giao hợp [12,[10]]: kích thích buồng trứng bằng clomiphen citrate hoặc bằng FSH. Khi nang noãn trưởng thành, gây phóng noãn bằng tiêm 5.000 đến 10.000 đơn vị hCG (Pregnyl), giao hợp sau khi tiêm thuốc 36 giờ

Kích thích buồng trứng kết hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung: kích thích buồng trứng bằng clomiphen citrate hoặc bằng FSH

Dùng Clomiphen citrate: chỉ định cho các trường hợp vô sinh do rối loạn phóng noãn mà trực dưới đồi – tuyến yên bình thường và có ít nhất một vòi tử cung thông. Chống chỉ định: tắc 2 vòi tử cung, suy buồng trứng, suy vùng dưới đồi – tuyến yên

Qui trình: Uống Clomiphen citrate 50 – 150 mg từ ngày thứ 2 hoặc thứ 3 của vòng kinh. Siêu âm ngày thứ 10 hoặc ngày 11 của chu kỳ kinh: đo độ dày niêm mạc tử cung và kích thước, số lượng nang noãn. Tiếp tục theo dõi bằng siêu âm cho đến khi nang noãn trưởng thành (có đường kính từ 18 đến 22 mm). Tiêm bắp 5.000 đến 10.000 đơn vị hCG. Giao hợp hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung 34-36 giờ sau tiêm hCG

Tai biến: quá kích buồng trứng. Đây là hiện tượng bệnh nhân mẫn cảm với thuốc nhiều nang noãn phát triển và lớn rất nhanh gây hội chứng quá kích buồng trứng bao gồm: nhiều nang noãn lớn, tràn dịch ổ bụng, nếu nặng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân vì có thể gây suy thận...

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung:(Intra Uterine Injection- IUI): là thủ thuật hay được áp dụng nhất trong điều trị vô sinh. Mẫu tinh trùng có thể được lấy từ chồng hoặc người hiến tinh trùng sau khi đã được xử lý bơm vào buồng tử cung

Tiêm tinh trùng vào bào tương: Vô sinh do chồng (tinh trùng ít, yếu, bất thường, xuất tinh ngược dòng, tinh trùng lấy từ tinh hoàn, mào tinh hoàn), vô sinh do phụ nữ lớn tuổi, vô sinh không rõ nguyên nhân

4.5.2 Các phương pháp điều trị ngoại khoa [7]

Nội soi ổ bụng để kiểm tra độ thông vòi tử cung. Nội soi gỡ dính trong tử cung và VTC, mở thông và tạo hình vòi tử cung. Nội soi cắt vòi tử cung chuẩn bị thụ tinh nhân tạo. Nội soi bóc u buồng trứng, bóc khối lạc nội mạc tử cung. Nội soi bóc u xơ tử cung trên bệnh nhân vô sinh

Soi buồng tử cung: để xem xét tình trạng trong buồng tử cung.

Vì phẫu nối vòi tử cung: khi vòi tử cung bị tắc ít (thường do triệt sản), cắt đoạn bị tắc rồi nối lại.

Phẫu thuật sửa chữa hoặc tạo hình cơ quan sinh dục: ví dụ cắt vách ngăn âm đạo, hoặc sửa chữa buồng tử cung như tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn

4.5.3 Hỗ trợ sinh sản: đã thực hiện các biện pháp đơn giản, sinh hoạt tình dục thông thường mà không có thai thì phải áp dụng các phương pháp hỗ trợ sinh sản bao gồm: bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn hoặc các biện pháp khác trong thụ tinh trong ống nghiệm như cho nhận noãn, cho nhận tinh trùng, cho nhận phôi. Trong những trường hợp nhất định, có thể nhờ người mang thai hộ

Chẩn đoán di truyền trước khi cấy phôi vào tử cung [3]: là tiến bộ mới trong hỗ trợ sinh sản để phát hiện những bất thường về nhiễm sắc thể và bất thường về di truyền của phôi trước khi cấy phôi vào tử cung. Sau khi thụ tinh trong ống nghiệm tới ngày thứ 3 hoặc ngày thứ 5 (hiện nay đang áp dụng vào ngày thứ 5 – thời kỳ blastocyte), lấy 1 tế bào phôi, dùng các công nghệ kỹ thuật cao phát hiện các gen bất thường hoặc bệnh lý, đặc biệt là các bệnh di truyền. PGD – Preimplantation Genetic Dignosis: là xét nghiệm di truyền trên phôi bào để chẩn đoán một bất thường di truyền đã xác định nguy cơ mà đa số được truyền từ bố mẹ. PGS - Preimplantation Genetic Screening là xét nghiệm di truyền trên phôi bào để sàng lọc những đối tượng có nguy cơ bất thường: Nếu có gen bệnh lý thì hủy không cấy phôi đó vào buồng tử cung.

4.6. Dự phòng vô sinh nữ: Phát hiện các bất thường về giải phẫu và có can thiệp đúng kịp thời. Phát hiện những rối loạn ở tuổi vị thành niên đặc biệt là những hiện tượng bế kinh. Điều trị sớm rong kinh,

rong huyết ở tuổi dậy thì chống rối loạn phóng noãn. Vệ sinh thân thể, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh sinh hoạt tình dục, vệ sinh sau nạo hút thai, sau sinh đẻ. Khám phụ khoa thường kỳ, điều trị viêm nhiễm, phát hiện sớm và điều trị kịp thời vô sinh

5. CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP VÀ DỰ PHÒNG VÔ SINH

5.1. Dự phòng các yếu tố nguy cơ cho cả nam và nữ

- Cung cấp đầy đủ và có chất lượng tốt các trang thiết bị phòng hộ lao động, tuân thủ và thực hiện nghiêm túc các qui định khi tiếp xúc với các độc chất như thuốc trừ sâu, diệt cỏ, hóa chất độc trong công và nông nghiệp

- Nâng cao kiến thức và thực hành cho các cặp đang sống ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa, điều kiện vệ sinh kém, thiếu nước sạch, vệ sinh môi trường chưa đảm bảo

- Tăng cường truyền thông, giáo dục và có những giải pháp cụ thể để cộng đồng bỏ những thói quen xấu như hút thuốc lá, nghiện hút, rượu bia

- Hạn chế có thai ngoài ý muốn, phá thai an toàn. Điều trị sớm rong kinh rong huyết đặc biệt là ở nhóm vị thành niên, tuổi trẻ để chống rối loạn phóng noãn. Phát hiện và điều trị sớm các bệnh nội khoa bệnh mãn tính. Phòng chống và điều trị tích cực nhiễm khuẩn đường sinh dục đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tính dục

5.2. Các giải pháp về truyền thông giáo dục cho cộng đồng, tính sẵn có các dịch vụ y tế về vô sinh

- Tăng cường truyền thông giáo dục cho cộng đồng về vô sinh và các biện pháp dự phòng. Thành lập các câu lạc bộ phù hợp với lứa tuổi. Tăng cường năng lực về hệ thống cung cấp dịch vụ khám và điều trị vô sinh. Nâng cao tính sẵn có, cung cấp trang thiết bị, thuốc thiết yếu của các cơ sở khám và chẩn đoán, điều trị vô sinh theo tuyến tỉnh. Tăng cường đào tạo cán bộ cho từng tuyến và cán bộ truyền thông.

5.3. Giải pháp về chính sách

Hướng dẫn chi tiết về khám và điều trị vô sinh cho từng tuyến khác nhau từ y tế cơ sở đến tuyến trung ương. Thực hiện những nghiên cứu khoa học và đào tạo tiếp cận ứng dụng những công nghệ mới, những tiến bộ về khoa học để nâng cao chất lượng, trình độ kỹ thuật về chẩn đoán và điều trị vô sinh

5.4. Những biện pháp cụ thể cho cá nhân

5.4.1 Biện pháp cho nam giới :

- Không hút thuốc lá. Tránh nhiệt độ cao đặc biệt là vùng sinh dục. Không mặc quần lót chật vì mặc quần lót chật sẽ làm giảm lưu thông máu đến tinh hoàn. Không tắm nước hoặc ngâm trong bồn tắm nước nóng, xông hơi, hoặc vòi nước quá nóng, thời gian lâu không ngồi lâu, sẽ gây giãn tĩnh mạch tinh do ứ trệ và lưu thông máu vùng sinh dục kém. Hạn chế uống rượu

Không tiếp xúc với chất độc công nghiệp hoặc môi trường như thuốc trừ sâu. có thể dẫn đến sự chất lượng của tinh trùng như: ma túy, một số thuốc điều trị bệnh làm giảm hoặc mất khả năng sinh tinh trùng. Khi phải sử dụng những loại thuốc này phải được thầy thuốc cân nhắc kỹ lưỡng và tư vấn cẩn thận. Không Nhiều đặt máy vi tính trên đùi để làm vì sức nóng và bức xạ nhiệt của máy vi tính sẽ làm nóng vùng sinh dục ảnh hưởng đến khả năng sinh tinh

- Tạo thói quen sinh hoạt tích cực khoa học, thể dục thường xuyên, chế độ ăn uống cân bằng, giữ cân nặng phù hợp bởi vì béo phì liên quan trực tiếp đến nồng độ testosterone, làm giảm chế tiết testosterone mà hormon này là chìa khóa của sản sinh tinh trùng. Cân bằng ăn uống hợp lý giàu vitamin, bổ sung kẽm (có nhiều trong hào) là cần thiết để nuôi dưỡng và chức năng của tinh trùng đồng thời giảm tối thiểu đến khả năng tổn thương tinh trùng

- Điều trị nguyên nhân như giãn tĩnh mạch tinh. Tình dục an toàn, một vợ một chồng, tránh nhiều bạn tình, dùng bao cao su đúng cách. Hạn chế và tránh thủ dâm, nếu lạm dụng thủ dâm sẽ dẫn đến xuất tinh sớm, rối loạn phóng tinh. Điều trị viêm nhiễm đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục gây tắc ống dẫn tinh, viêm tinh hoàn, hạn chế sinh tinh

5.4.2 Biện pháp cho phụ nữ

- Một số chiến lược làm tăng cơ hội có thai: thể dục thường xuyên, không để thừa cân, không hút thuốc lá, không uống rượu vì thuốc lá và rượu không chỉ là những nguyên nhân gây vô sinh mà còn

gây bất thường cho thai nhi. Nghiện rượu và hút thuốc lá làm giảm khả năng sinh sản, suy yếu thể chất gây rối loạn phóng noãn. Hút thuốc lá cũng gây nguy cơ sảy thai và thai bất thường

- Cố gắng có thai khi còn trẻ. Khả năng có thai giảm khi ngoài 35 tuổi và tiếp tục giảm khi tuổi càng tăng do số lượng nang noãn giảm dần qua thời gian. Thậm chí kết quả điều trị hỗ trợ sinh sản cũng kém hơn so với phụ nữ trẻ tuổi

- Thực hiện chế độ ăn hợp lý để không tăng cân, vượt quá chỉ số khối thông thường vì sẽ gây rối loạn phóng noãn. Ngược lại cũng không để gầy quá, chỉ số khối cơ thể thấp hơn 18, sẽ làm cơ thể yếu, suy dinh dưỡng cũng gây rối loạn phóng noãn

- Thể dục quá mức như những vận động viên điền kinh cũng có thể làm rối loạn kinh nguyệt và rối loạn phóng noãn vì vậy những người này cần giảm bớt cường độ hoặc được nghỉ ngơi từng thời kỳ thậm chí phải bỏ hẳn để điều trị rối loạn phóng noãn và để có thai tùy từng trường hợp cụ thể

- Tình dục an toàn là một trong những biện pháp tích cực để phòng ngừa vô sinh, bởi vì thực hiện tình dục an toàn không chỉ tránh có thai ngoài ý muốn mà còn tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục sẽ gây viêm tiểu khung hậu quả làm tắc vòi tử cung hoặc viêm dính làm vòi tử cung mất mềm mại để thu lượm noãn khi được phóng ra khỏi buồng trứng. Sinh hoạt tình dục một cặp duy nhất cũng như cả hai được xét nghiệm về các bệnh lây truyền qua đường tình dục là biện pháp tốt nhất để tránh các bệnh LTQĐTD. Với những đối tác “thoáng qua” hoặc bạn tình chưa hiểu biết rõ thì sử dụng bao cao su đúng khi sinh hoạt tình dục là biện pháp tốt nhất để tránh bị nhiễm các bệnh LTQĐTD. Sử dụng bao cao su đúng nghĩa là mang bao cao su trước khi các cơ quan sinh dục tiếp xúc với nhau, cả khi sinh hoạt tình dục bằng đường miệng hay qua hậu môn. Tuy nhiên cũng phải hiểu rằng

- Tránh và điều trị sớm bệnh LTQĐTD vì gây loét cổ tử cung, viêm nội mạc tử cung, tắc vòi tử cung, viêm tiểu khung có thể dẫn đến vô sinh. Sử dụng các biện pháp tình dục an toàn tránh nguy cơ mắc các bệnh LTQĐTD

- Vệ sinh thân thể hàng ngày Vệ sinh kinh nguyệt Vệ sinh tình dục Vệ sinh thai nghén và sau sinh Thường xuyên khám phụ khoa định kỳ để điều trị viêm nhiễm đường sinh dục

5.4.3 Phát hiện những bất thường về giải phẫu của cơ quan sinh dục ngoài ngay từ khi mới sinh

Trẻ trai : sau khi sinh, phải xem tinh hoàn đã xuống bìu chưa vì thông thường ở trẻ trai đủ thán, khi sinh hoặc sau sinh vài tháng thì hai tinh hoàn đã xuống dưới bìu. Nếu sau 6 tháng không thấy tinh hoàn ở bìu phải đưa trẻ đi khám để được tư vấn và xử trí kịp thời. Có thể trẻ bị tinh hoàn nằm trên cao hoặc trong ổ bụng nếu không được xử trí đúng thì tinh hoàn bị xơ, không phát triển, không sản sinh tinh trùng, có nguy cơ bị ung thư tinh hoàn. Cần phải phẫu thuật để đưa 2 tinh hoàn về vị trí giải phẫu thông thường là ở bìu không chậm quá 2 năm đầu đời

Trẻ gái : sau khi sinh kiểm tra cơ quan sinh dục ngoài có bình thường không. Hai môi bé có bị dính hay không, nếu bị dính thì cần được tách hai môi bé ra. Với các bé gái chú ý vệ sinh vùng sinh dục ngoài hàng ngày. Tới tuổi 9 hoặc 10 chú ý đến tuổi phát dục của trẻ ví dụ hai núm vú bắt đầu xuất hiện. Hiện nay nhiều trẻ gái dậy thì sớm, vì vậy nếu hàng tháng trẻ có hiện tượng đau bụng vùng dưới rốn vài ngày mà không thấy hành kinh cần đưa đi khám vì có thể trẻ đã hành kinh nhưng do bất thường về cơ quan sinh dục như màng trinh không thủng, không có âm đạo hoàn toàn hoặc một phần của âm đạo. Hiện tượng này gọi là bế máu kinh. Máu kinh bị ứ lại trong buồng tử cung sẽ phá hủy niêm mạc tử cung hoặc máu kinh bị đẩy ngược lên vòi tử cung sẽ làm vòi tử cung bị giãn và mất chức năng.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ vô sinh chung tại Việt Nam ở mức trung bình: chiếm 7,7% các cặp vợ chồng trong lứa tuổi sinh sản từ 15 đến 49 tuổi. Vô sinh nguyên phát là 3,9%. Vô sinh thứ phát chiếm 3,8%. Tỷ lệ vô sinh khác nhau theo các vùng miền như miền duyên hải, miền núi, đồng bằng.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ vô sinh: địa lý môi trường, nơi cư trú, dân tộc, trình độ văn hóa, kinh tế, phong tục tập quán

3. Nguyên nhân vô sinh đa dạng, điều trị khó khăn lâu dài tốn kém, kết quả điều trị mặc dù đã có nhiều tiến bộ nhưng vẫn còn nhiều hạn chế.

4. Thực hiện nhiều giải pháp để phòng ngừa vô sinh. Cần phát hiện và điều trị sớm và tích cực cho bệnh nhân bị vô sinh

KHUYẾN NGHỊ

1. Trẻ em, tuổi học đường và tuổi vị thành niên

Cha mẹ và nhân viên y tế cần phải kiểm tra bộ phận sinh dục của trẻ ngay sau sinh để phát hiện những dị dạng, bất thường ở bộ phận sinh dục của trẻ để can thiệp ngay như hẹp bao quy đầu ở trẻ trai hoặc dính môi bé ở trẻ gái. Đối với tuổi học đường, phải giữ vệ sinh thân thể và vệ sinh vùng sinh dục (đặc biệt là trẻ em gái để tránh viêm nhiễm vùng sinh dục ngoài).

2. Tuổi sinh sản (15-49)

- Có lối sống lành mạnh, không lạm dụng thủ dâm, phim đen, ma túy, rượu chè để không bị rối loạn cương dương. Hạn chế và tránh tiếp xúc với độc chất, hạn chế và không để vùng sinh dục bị nóng hoặc ở môi trường có nhiệt độ cao và kéo dài. Không để bị bệnh quai bị, nếu bị mắc quai bị cần phải nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường 21 ngày, tránh biến chứng viêm tinh hoàn sẽ dẫn đến teo tinh hoàn gây vô sinh

- Điều trị viêm nhiễm đặc biệt là những bệnh lây truyền qua đường tình dục, khám phụ khoa ít nhất 6 tháng hoặc một năm một lần, thực hiện Tinh dục an toàn, phòng tránh và điều trị đúng kịp thời các bệnh viêm nhiễm vùng sinh dục đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

3. Vai trò của xã hội

Đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục vô sinh cho cộng đồng. Xây dựng và thiết lập các trung tâm chẩn đoán và điều trị vô sinh tạo điều kiện thuận lợi cho cộng đồng dễ dàng tiếp cận với dịch vụ y tế về vô sinh. Đào tạo nhân viên y tế có khả năng phát hiện cũng như tuyên truyền, tăng cường công tác truyền thông hỗ trợ cho những đối tượng văn hóa hạn chế, phong tục tập quán lạc hậu.

Summary: Infertility rates are rising both at home and abroad. Improving knowledge about infertility for the community, especially students, is essential. **Objective:** to provide current situation in Vietnam, methods of diagnosis and treatment as well as propose solutions for prevention of personal and community infertility. **Method:** document review and meta-analysis. **Results:** The general infertility rate in Vietnam is an average level: accounting for 7.7% of couples in reproductive age from 15 to 49 years old. Primary infertility is 3.9%. Secondary infertility accounts for 3.8%. Many causes and factors affecting infertility. Many modern methods for diagnosis and treatment have been applied in Vietnam. **Conclusion:** Many factors affected infertility rates: environmental geography, residence, ethnicity, educational level, economy, and customs. Causes of infertility are varied, treatment of long-term difficulties is expensive. Despite many advances but the results of treatment are still limited. Need to carry out many solutions to prevent infertility. It is necessary to detect and treat early and positively for patients suffered infertility

Key word: infertility, IUI (*Intra Uterine Injection*), in vitro fertilization

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Hồ Mạnh Tường (2002). Các phác đồ kích thích buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản. Thời sự Y dược học, VII (5), tr. 277-280
- 2 Hồ Sĩ Hùng (2014). Nghiên cứu hiệu quả phương pháp bơm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng lấy từ mào tinh trong điều trị vô sinh. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- 3 Học viện quân y (2015). Hội thảo khoa học hỗ trợ sinh sản và chẩn đoán di truyền tiền lâm tở. Hà Nội, 4 / 2015.
- 4 Nguyễn Đức Hình, Dương Thị Cương (1999). Dị dạng cơ quan sinh dục nữ. Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. NXB Y học 1999.
- 5 Nguyễn Khắc Liêu (1998). Nghiên cứu tìm hiểu nguyên nhân vô sinh điều trị tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Hội nghị Sản Phụ khoa, Huế 1998

- 6 Nguyễn Linh Thảo (2009). Phân tích một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân tắc vòi trứng. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt Pháp 2009.
- 7 Nguyễn Thái Giang (2008). Đánh giá hiệu quả nội soi chẩn đoán và điều trị vô sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 năm 2007 – 2008. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 8 Nguyễn Thành Như, Nguyễn Ngọc Tiến, Phạm Hữu Đông và CS. (2001). Tình hình chẩn đoán và điều trị hiếm muộn nam tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 9/1999 đến tháng 12/2002”. Các vấn đề mới trong lĩnh vực sản phụ khoa. Hội thảo Việt Pháp năm 2001, Trường Đại học Y dược tp Hồ Chí Minh
- 9 Nguyễn Việt Tiến (2012). Điều trị vô sinh bằng bơm tinh trung vào buồng tử cung (IUI). Nhà xuất bản y học
- 10 Nguyễn Việt Tiến, Ngô Văn Toàn, Ngô Thị Ngọc Phụng (2012). Dịch tễ học vô sinh & các phương pháp điều trị. NXB Y học 2012.
- 11 Vương Tiến Hòa (2012). Bệnh học nam giới với sinh sản và tình dục. Nhà xuất bản Y học
- 12 World Health Organization (1992). The influence of varicocele on parameters of fertility in large group of men presenting to infertility clinic. Fertil Steril. Vol.57 (6). pp 1289-1293
- 13 World Health Organization (1999). WHO laboratory manual for the examination of human semen and semen – cervical mucus interaction. 4th edition , Cambridge university press.