

## Nghiên cứu sự thay đổi nội tiết sinh sản trong các thể bệnh lạc nội mạc tử cung ở phụ nữ vô sinh

Nguyễn Thị Khánh Quỳnh<sup>1</sup>, Lô Hương Ly<sup>1</sup>, Nguyễn Đắc Nguyên<sup>2</sup>, Lê Minh Tâm<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>2</sup> Trung tâm Nội tiết - Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1648

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lê Minh Tâm, email: leminhtam@huemed-univ.edu.vn

Nhận bài (received): 22/10/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2023.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi nội tiết sinh sản trong các thể bệnh lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) ở phụ nữ vô sinh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân có u LNMTTC đến khám tại Trung tâm Nội tiết - Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/2019 đến 9/2023.

**Kết quả:** Qua nghiên cứu 94 phụ nữ vô sinh có lạc nội mạc tử cung, ghi nhận 43,6% phụ nữ mắc LNMTTC ở buồng trứng, 31,9% mắc lạc tuyến cơ tử cung và còn lại mắc đồng thời có cả hai thể. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ LH và CA-125 giữa các thể LNMTTC ( $p < 0,05$ ) trong đó giá trị nồng độ LH và CA-125 cao hơn ở thể phối hợp cả hai thể LNMTTC. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các khoảng giá trị của FSH, LH trong từng thể LNMTTC ( $p < 0,05$ ) trong đó các thể bệnh LNMTTC đa số có nồng độ FSH trong khoảng 5 - 12 UI/L (lần lượt là 83.3%, 87.8% và 52.2%), trong thể chỉ có LNMTTC tại BT, 73.2% thuộc nhóm nồng độ LH cao ( $\geq 5$  UI/L) trong khi 2 nhóm còn lại tỷ lệ giữa nhóm có nồng độ LH cao và thấp là tương đương.

**Kết luận:** Giá trị nồng độ LH, FSH, và CA-125 cao hơn ở thể phối hợp cả hai thể LNMTTC. Không có sự khác biệt về các chỉ số thể hiện chức năng sinh sản khác như AMH ở các thể lạc nội mạc tử cung.

**Từ khóa:** lạc nội mạc tử cung, nội tiết sinh sản, vô sinh.

## Research on reproductive endocrine changes between types of endometriosis in infertile women

Nguyen Thi Khanh Quynh<sup>1</sup>, Lo Huong Ly<sup>1</sup>, Nguyen Dac Nguyen<sup>2</sup>, Le Minh Tam<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

<sup>2</sup> Hue Centre for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

### Abstract

**Objective:** To study reproductive endocrine changes between types of endometriosis in infertile women.

**Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on patients with adenomyosis and ovarian endometrioma examined at the Center for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 1/2019 to 9/2023.

**Results:** Total 94 patients were recruited in this study shown that 43.6% of women had endometriosis, 31.9% had adenomyosis and the remainder had both types simultaneously. There were statistically significant differences between LH, CA-125 concentrations and endometriosis types ( $p < 0.05$ ) in which LH and CA-125 values were higher in the combination types. There were significant differences between the value range of FSH and LH in each types ( $p < 0.05$ ) in which the majority of investigated types had FSH concentrations in the range of 5 - 12 UI/L (83.3%, 87.8% and 52.2%, respectively), in cases with only endometriosis, 73.2% had high LH concentration ( $\geq 5$  UI/L) while the others had high and low LH levels were equivalent.

**Conclusion:** LH, FSH, CA-125 values were elevated in the combination types. There was no difference among types of endometriosis in terms of AMH.

**Keywords:** endometriosis, adenomyosis, infertility, fertility.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là một bệnh phụ khoa mạn tính ảnh hưởng đến 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đạt đỉnh điểm trong khoảng 25 - 35 tuổi [1] và tỷ lệ mắc hàng năm ở phụ nữ từ 15 - 49 tuổi khoảng 0,1% [2], [3]. Giả thuyết bệnh sinh được giải thích phổ biến là do mô nội mạc tử cung bị bong ra di chuyển ngược vào khoang bụng dưới [4]. Hầu hết LNMTTC được tìm thấy trong khoang bụng và tồn tại chủ yếu dưới 3 dạng: LNMTTC thể phúc mạc, LNMTTC ở buồng trứng và LNMTTC sâu. Lạc tuyến cơ tử cung (LTCTC) đặc trưng bởi mô nội mạc tử cung được bao quanh bởi cơ trơn tử cung. LNMTTC và LTCTC thường cùng tồn tại, đặc biệt ở phụ nữ vô sinh [5], [6].

Phụ nữ bị LNMTTC có nguy cơ vô sinh cao hơn gấp đôi so với người không bị. LNMTTC có liên quan nhiều đến vô sinh nên ảnh hưởng rất nhiều đến các cặp vợ chồng ở độ tuổi sinh sản. Tình trạng này được phát hiện ở 30 – 50 % phụ nữ đến điều trị hỗ trợ sinh sản [2]. Tuy nhiên chẩn đoán LNMTTC thường bị chậm trễ. Thời gian trung bình để chẩn đoán bệnh dao động từ 4 - 11 năm và sự chậm trễ này có tác động đáng kể đến cơ hội cũng như chi phí điều trị [7], [8]. Ở phụ nữ vô sinh, việc chẩn đoán sớm LNMTTC là rất quan trọng về khả năng sinh sản vì gánh nặng của bệnh có thể nguy hiểm hơn khi kết hợp với sự tăng lên về tuổi đời liên quan với giảm dự trữ buồng trứng [9].

Vì mức độ phổ biến và ảnh hưởng bất lợi của LNMTTC đến tình trạng vô sinh, cần nhiều nghiên cứu hơn về khả năng sinh sản của phụ nữ mắc phải bệnh này. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về các rối loạn nội tiết, chức năng sinh sản ở phụ nữ LNMTTC [10], [11]. Ở Việt Nam, cần nhiều hơn các nghiên cứu để đánh giá rõ hơn vấn đề này. Chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu ảnh hưởng của các thể bệnh lạc nội mạc tử cung đến các chỉ số liên quan chức năng sinh sản ở các bệnh nhân

vô sinh” nhằm khảo sát ảnh hưởng của các thể LNMTTC đến các chỉ số thể hiện khả năng sinh sản trên bệnh nhân vô sinh có LNMTTC.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 94 bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Nội tiết - Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/2019 đến 9/2023.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh theo Tổ chức Y tế thế giới [12] và trên siêu âm qua đường âm đạo có hình ảnh lạc tuyến trong cơ tử cung và/hoặc LNMTTC tại buồng trứng.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có các bệnh lý tâm thần kinh, các bệnh lý cấp tính, nặng.

Bệnh nhân không đủ thông tin nghiên cứu.

### 2.2. Các bước nghiên cứu:

Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi được thiết kế gồm các thông tin hành chính, tuổi, BMI, tình trạng kinh nguyệt, thời gian vô sinh, phân loại vô sinh, tiền sử điều trị lạc nội mạc tử cung, tiền sử các bệnh lý phụ khoa khác, tiền sử bệnh lý nội, ngoại khoa liên quan.

Xét nghiệm cận lâm sàng: Xét nghiệm nội tiết sinh sản cơ bản (LH, FSH, estradiol, prolactin), AMH, CA-125, Siêu âm phụ khoa, chụp phim X-quang tử cung-vòi tử cung có thuốc cản quang.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS Statistics 20. Kiểm định bằng các test Pearson Chi-Square, test Fisher Exact, kiểm định Kruskal-Wallis. Ngưỡng sai số  $\alpha = 0.05$  trong các trường hợp ước lượng. Giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

## 3. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	<35	64	68,1
	$\geq 35$	30	31,9
Độ tuổi trung bình	33,5 $\pm$ 5,4		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	< 18,5	17	18,1
	18,5 - 22,9	67	71,3
	$\geq 23$	10	10,6
Giá trị BMI trung bình		20,43 $\pm$ 2,26	

Trình độ học vấn	Tiểu học	2	2,1
	Trung học	32	34,0
	Đại học	57	60,6
Địa dư	Sau đại học	3	3,2
	Thành thị	47	50,0
Phân loại vô sinh	Nông thôn	47	50,0
	Nguyên phát	66	70,2
	Thứ phát	28	29,8
Thời gian mong con (năm)	≤ 2	25	26,3
	> 2	69	73,4
Thời gian mong con trung bình		4,44 ± 2,95	
<b>Tiền sử</b>			
Bệnh lý phụ khoa	Viêm đường sinh dục dưới	4	20,0
	U xơ tử cung	2	10,0
	U nang buồng trứng	2	10,0
	Polyp tử cung	2	10,0
	Đa nang buồng trứng	2	10,0
	Lộ tuyến cổ tử cung	2	10,0
	Khác	6	30,0
Phẫu thuật liên quan sản phụ khoa	Không	35	37,2
	Mổ lấy thai	17	18,1
	Xơ hóa nang lạc nội mạc	17	18,1
	Phẫu thuật lạc nội mạc tử cung	11	11,7
	Phẫu thuật bóc u nang buồng trứng	6	6,4
	Phẫu thuật xử lý tắc vòi tử cung	6	6,4
	Phẫu thuật bóc u xơ tử cung	3	3,2
	Khác	13	13,8
Tiền sử sảy thai (lần)	1	12	12,8
	2	6	6,4
	> 2	1	1,1
Tuổi bắt đầu hành kinh (tuổi)	< 12	32	34
	12 - 13	25	26,6
	> 13	37	39,4
Tuổi bắt đầu hành kinh trung bình		14,01 ± 1,38	

Những đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $33,5 \pm 5,4$  tuổi, trong đó 31,9% trên 35 tuổi. Giá trị BMI trung bình  $20,43 \pm 2,26$  kg/m<sup>2</sup>. Thời gian mong con trung bình là  $4,44 \pm 2,95$  năm với 73,4% phụ nữ có thời gian mong con trên 2 năm. Trong số 21 phụ nữ có tiền sử mắc bệnh lý phụ khoa khác, 19% đã từng bị viêm đường sinh dục dưới... Về phẫu thuật liên quan sản phụ khoa, 32,4% phụ nữ cho biết chưa có tiền sử trước đây, 15,7% phụ nữ đã từng mổ lấy thai, 15,7% đã từng xơ hóa nang lạc nội mạc.

**Bảng 2.** Triệu chứng cận lâm sàng của bệnh nhân lạc nội mạc tử cung

Triệu chứng cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %	
FSH (UI/L)	< 5	12	12,8
	5 - 12	73	77,7
	> 12	9	9,6
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>13,28 ± 52,78</b>		
LH (UI/L)	< 5	38	40,4
	≥ 5	56	59,6
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>6,79 ± 8,74</b>		
Estradiol (pg/ml)	< 15	10	10,6
	≥ 15	84	89,4
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>281,35 ± 1106,84</b>		
Prolactin (μUI/mL)	< 500	59	62,8
	≥ 500	35	37,2
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>534,5 ± 453,3</b>		
AMH (ng/ml)	< 1,5	26	27,7
	1,5 - 4	40	42,6
	> 4	28	29,8
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>3,98 ± 6,06</b>		
CA-125 (UI/mL)	< 35	41	43,6
	35-100	36	38,3
	> 100	17	18,1
<b>Giá trị trung bình</b>	<b>66,04 ± 74,08</b>		
Thể LNMTC	Lạc tuyến trong cơ tử cung	30	31,9
	LNMTTC tại BT	41	43,6
	Phối hợp	23	24,5
Vị trí lạc tuyến trong cơ tử cung (n=51)	Thành trước	14	27,5
	Thành sau	31	60,8
	Đáy	1	2,0
	Lan tỏa	5	9,8
Vị trí khối u LNMTTC tại BT (n = 65)	Tại BT trái	22	33,8
	Tại BT phải	24	36,9
	Tại cả hai BT	19	29,2
<b>Chiều dài nang lạc nội mạc trung bình</b>	<b>30,76 ± 15,60 mm</b>		

Chiều rộng nang lạc nội mạc trung bình 24,25 ± 12,27 mm

Nồng độ FSH, LH, Estradiol, Prolactin, AMH, CA 125 trung bình ở các bệnh nhân lần lượt là 13,28 ± 52,78 UI/L, 6,79 ± 8,74 UI/L, 281,35 ± 1106,84 pg/ml, 534,50 ± 453,30 μUI/l, 3,98 ± 6,06 ng/ml, 66,04 ± 74,08 UI/ml. Nghiên cứu chỉ ra 31,9% có hình ảnh siêu âm có lạc tuyến trong cơ tử cung, 43,6% có lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng và còn lại là mắc cả 2 thể.

**Bảng 3:** Chỉ số nội tiết, AMH, CA-125 trong các thể LNMTC

Chỉ số	Thể lâm sàng			p
	Lạc tuyến cơ tử cung	LNMTC ở buồng trứng	Phối hợp	
FSH (UI/L)	7,16±2,44	8,19 ± 4,64	30,36 ± 106,36	0,694
LH (UI/L)	4,41 ± 2,69	6,49 ± 2,89	10,41 ± 16,63	0,019
Estradiol (pg/ml)	553,46 ± 1842,57	83,22 ± 176,37	279,63 ± 687,60	0,445
Prolactin (μUI/l)	523,08 ± 381,62	568,82 ± 575,95	488,22 ± 262,49	0,877
AMH (ng/ml)	2,90 ± 1,85	4,36 ± 8,00	4,71 ± 5,64	0,936
CA-125 (UI/ml)	52,06 ± 67,36	57,77 ± 52,18	99,00 ± 103,66	0,042

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ LH, CA-125 và các thể lạc nội mạc tử cung: LTCTC, LNMTC ở buồng trứng và thể phối hợp (p < 0,05). Trong đó giá trị nồng độ LH và CA-125 cao hơn ở thể phối hợp cả hai thể LNMTC.

**Bảng 4.** Mối liên quan giữa các thể bệnh lạc nội mạc và các chỉ số đánh giá chức năng sinh sản

		Thể LNMTC			p
		Lạc tuyến trong cơ tử cung (n,%)	LNMTC tại BT (n,%)	Phối hợp (n,%)	
FSH (UI/L)	< 5	4 (13,3%)	2 (4,9%)	6 (26,1%)	< 0,05
	5 - 12	25 (83,3%)	36 (87,8%)	12 (52,2%)	
	> 12	1 (3,3%)	3 (7,3%)	5 (21,7%)	
LH (UI/L)	< 5	17 (56,7%)	11 (26,8%)	10 (43,5%)	< 0,05
	≥ 5	13 (43,3%)	30 (73,2%)	13 (56,5%)	
Estradiol (pg/ml)	< 15	19 (63,3%)	27 (65,9%)	12 (52,2%)	> 0,05
	≥ 15	11 (36,7%)	14 (34,1%)	11 (47,8%)	
Prolactin (μUI/mL)	< 500	21 (70%)	23 (56,1%)	15 (65,2%)	> 0,05
	≥ 500	9 (30%)	18 (43,9%)	8 (34,8%)	
AMH (ng/ml)	< 1,5	7 (23,3%)	12 (29,3%)	7 (30,4%)	> 0,05
	1,5 - 4	16 (53,3%)	16 (39%)	8 (34,8%)	
	> 4	7 (23,4%)	13 (31,7%)	8 (34,8%)	
CA-125 (UI/ml)	< 35	17 (56,7%)	16 (39%)	8 (34,8%)	> 0,05
	35 - 100	9 (30%)	19 (46,3%)	8 (34,8%)	
	> 100	4 (13,3%)	6 (14,6%)	7 (30,4%)	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các khoảng giá trị của FSH, LH trong từng thể LNMTC (p < 0,05) trong đó các thể bệnh LNMTC đang khảo sát đa số có nồng độ FSH trong khoảng 5 - 12 UI/L (lần lượt là 83,3%, 87,8% và 52,2%), trong thể chỉ có LNMTC tại BT, 73,2% thuộc nhóm nồng độ LH cao (≥ 5 UI/l) trong khi 2 nhóm còn lại tỷ lệ giữa nhóm có nồng độ LH cao và thấp là tương đương.

#### 4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 94 phụ nữ vô sinh bị lạc nội mạc tử cung, độ tuổi trung bình  $33,5 \pm 5,4$  tuổi dù thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Đình Vinh (2012)  $34,5 \pm 9,3$  tuổi [13], nhưng tỷ lệ phụ nữ  $\geq 35$  tuổi khá cao (31,9%). Đa số trường hợp có thời gian mong con trên 2 năm (73,4%), trung bình  $4,44 \pm 2,95$  năm cho thấy phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn chậm trễ trong thăm khám vô sinh. 10,2% bệnh nhân trong nghiên cứu đã từng phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung, thấp hơn so với báo cáo trường đây của Nguyễn Đắc Hưng và cs (15,8%) [3].

Kết quả siêu âm phụ khoa nhận thấy có 31,9% cho hình ảnh chỉ có lạc tuyến trong cơ tử cung, 43,6% chỉ có LNMTC tại BT còn lại là phối hợp cả hai tình trạng trên. Trong các trường hợp có lạc tuyến cơ tử cung thì 60,8% xuất hiện tại thành sau 27,5% xuất hiện ở thành trước, 2% xuất hiện tại đáy tử cung. Theo nghiên cứu của Hoàng Hà Đặng và cs thì vị trí của LNMTC xuất hiện ở thành trước (37,0%), thành sau (81,5%), thành phải (40,7%), thành trái (48,2%) và đáy tử cung (63,0%) [14]. Khảo sát các bệnh nhân có hình ảnh lạc nội mạc tại buồng trứng chỉ ra u lạc nội mạc chỉ bên trái hoặc chỉ bên phải hoặc có cả 2 bên lần lượt là 33,8%, 36,9%, 29,2%. Trong khi nghiên cứu của Nguyễn Đắc Hưng và cs có kết quả lần lượt là 61,38%, 27,72%, 10,9%. Nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương có 58,50% có u ở bên phải, bên trái là 24,4%, u hai bên là 17,1% [15]. Điều này cho thấy có sự khác nhau giữa các thể LNMTC tại BT ở các nghiên cứu khác nhau. Chiều dài trung bình, chiều rộng trung bình của các khối LNMTC tại BT lần lượt là  $30,76 \pm 15,60$  mm và  $24,25 \pm 12,27$  mm. Các nghiên cứu khác chỉ ra kích thước trung bình của khối u lớn nhất trên siêu âm là  $31,4 \pm 3,1$  mm (Đoàn Thị Phương Minh và cs [16]), kích thước trung bình của khối u  $53,9 \pm 1,6$  mm (Nguyễn Văn Tuấn [17]). Sự khác biệt là do giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu khác có thể do có sự khác nhau giữa thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu, và nhóm đối tượng nghiên cứu là khác nhau, vô sinh và bệnh lý phụ khoa.

77,7%, chiếm đa số phụ nữ trong khảo sát có mức độ FSH trong khoảng 5-12 UI/l, giá trị trung bình của FSH là  $13,28 \pm 52,78$  UI/l cao hơn so với nghiên cứu gần đây nhất là của Nguyễn Đắc Hưng (2016) [3] là  $8,39 \pm 4,45$  UI/l,  $10,52 \pm 7,43$  UI/l của Nguyễn Minh Nhật [7]. Tình trạng này cho thấy có thể có sự suy giảm về chức năng sinh sản lớn hơn khi so với các nghiên cứu khác bởi vì đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm bệnh nhân vô sinh. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nồng độ của FSH và các thể bệnh ( $p > 0,05$ ) nhưng lại có sự khác biệt giữa các khoảng giá trị FSH trong các thể khác nhau ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm chỉ có lạc tuyến trong cơ tử cung và chỉ có lạc nội mạc tử cung buồng trứng cho thấy khoảng giá trị FSH 5 - 12 UI/l chiếm đa số lần lượt là 83,3% và

87,8%. Nghiên cứu của Yang-Yu và cs nghiên cứu về hiệu quả điều trị của phương pháp cắt bỏ lạc tuyến cơ tử cung bằng vi sóng qua da (PMWA) cho thấy nồng độ FSH trung bình và estradiol không khác biệt trước và trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật [18]. Trong thể lạc tuyến trong cơ tử cung, khối u lạc nội mạc không ảnh hưởng đáng kể tới nồng độ FSH và Estradiol. Bhat R. G. lại chỉ ra không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong các bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cắt bỏ u LNMTC tại BT [19].

Giá trị trung bình của LH trong nhóm nghiên cứu là  $6,79 \pm 8,74$  UI/l cao hơn so với  $5,77 \pm 3,34$  UI/l ở nghiên cứu của Nguyễn Đắc Hưng và  $5,36 \pm 3,08$  UI/l của Nguyễn Minh Nhật [7]. Nồng độ LH trong các thể chỉ có lạc tuyến cơ tử cung, chỉ có LNMTC tại BT và phối hợp cả hai lần lượt là  $4,41 \pm 2,69$  UI/l,  $6,49 \pm 2,89$  UI/l,  $10,41 \pm 16,63$  UI/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Thể phối hợp có nồng độ LH cao hơn hai thể còn lại cho thấy ảnh hưởng hiệp đồng của khối lạc nội mạc tại các vị trí khác nhau lên nồng độ LH. Có sự khác biệt giữa các thể và mức độ của nồng độ LH ( $p < 0,05$ ). Còn trong thể chỉ có LNMTC tại BT, 73,2% thuộc nhóm nồng độ LH cao ( $\geq 5$  UI/l) trong khi 2 nhóm còn lại tỷ lệ tương đương.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận giá trị trung bình AMH là  $3,98 \pm 6,06$  ng/ml cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hoàng Nhật Anh  $3,4 \pm 3,1$  ng/ml [20], Nguyễn Thị Thu Hà và Nguyễn Duy Ánh  $4,52 \pm 2,87$  ng/ml [1]. Giá trị AMH ở nhóm chỉ có bệnh LTCTC ( $2,9 \pm 1,85$  ng/ml), LNMTC tại BT ( $4,36 \pm 8,00$  ng/ml), thể phối hợp cả hai ( $4,71 \pm 5,64$  ng/ml), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ( $p > 0,05$ ). Điều này khác so với nghiên cứu của Natalia Pedachenko và cs là AMH thấp nhất ở nhóm LNMTC tại buồng trứng [21]. Điều này có thể tùy thuộc vào khác biệt giữa thời gian mắc bệnh, số lượng khối u lạc nội mạc và bệnh lý phụ khoa kèm theo ở các đối tượng tham gia nghiên cứu.

Giá trị trung bình CA-125 trong nghiên cứu chúng tôi là  $66,04$  UI/ml cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Liên Châu là  $65,3 \pm 5,3$  UI/ml [22], thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh và cs [16]. Ngoài ra bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ CA-125 từ 35 đến 100 UI/ml chiếm tỷ lệ 38,3%, bệnh nhân có nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 43,6%. Trong nghiên cứu chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ CA-125 giữa các thể bệnh trong nghiên cứu. Nồng độ CA-125 cao hơn ở thể phối hợp cả 2 loại lạc nội mạc tử cung. Như vậy giai đoạn bệnh càng cao, mức độ càng nặng thì nồng độ CA-125 càng tăng cao, điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Phan Văn Hiếu và cs [23].

#### 5. KẾT LUẬN

Ở các trường hợp vô sinh có LNMTC, giá trị nồng độ LH, FSH, và CA-125 cao hơn ở thể phối hợp cả hai thể LTCTC và LNMTC tại buồng trứng. Không có sự khác

biệt về các chỉ số thể hiện chức năng sinh sản khác như AMH ở các thể lạc nội mạc tử cung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà, N.T.T., N.Đ. Hinh, and N.D. Ánh, Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi của Anti-Mullerian Hormone sau mổ nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. *Tạp chí Phụ sản*, 2017. 15(1): p. 63-68.
2. Toner, J.P. and D.B. Seifer, Why we may abandon basal follicle-stimulating hormone testing: a sea change in determining ovarian reserve using anti mullerian hormone. *Fertil Steril*, 2013. 99(7): p. 1825-30.
3. Hung, N.Đ. and N.Đ. Nguyễn, Nghiên cứu đặc điểm u lạc nội mạc tử cung buồng trứng ở các trường hợp vô sinh. *Tạp chí Phụ sản*, 2020. 18(4): p. 41-47.
4. Bourdon, M., et al., Focal adenomyosis is associated with primary infertility. *Fertility and Sterility*, 2020. 114(6): p. 1271-1277.
5. Serdar E Bulun, B.D.Y., Christia Sison, Kaoru Miyazaki, Lia Bernardi, Shimeng Liu, Amanda Kohlmeier, Ping Yin, Magdy Milad, JianJun Wei, Endometriosis,, *Endometriosis Endocrine Reviews*, August 2019. 40(4): p. 1048–1079.
6. Horne, A.W. and S.A. Missmer, Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ*, 2022. 379: p. e070750.
7. Nguyễn Minh Nhật, Nghiên cứu đặc điểm nội tiết và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân vô sinh có lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. *Luận văn bác sĩ nội trú Trường Đại Học Y Dược Huế*, 2016.
8. Tsolakidis, D., et al., The impact on ovarian reserve after laparoscopic ovarian cystectomy versus three-stage management in patients with endometriomas: a prospective randomized study. *Fertility and sterility*, 2010. 94(1): p. 71-77.
9. Georgievska, J., S. Sapunov, S. Cekovska, and K. Vasilevska, Ovarian reserve after laparoscopic treatment of unilateral ovarian endometrioma. *Acta Informatica Medica*, 2014. 22(6): p. 371.
10. Evans, M.B. and A.H. Decherney, Fertility and endometriosis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 2017. 60(3): p. 497-502.
11. Ibrjam, I., G. Veleva, G. Karagjozova, and S. Ivanov, Endometriosis Fertility Index. *Akusherstvo i ginekologija*, 2016. 55: p. 5-10.
12. Zegers-Hochschild, F., et al., The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human reproduction*, 2009. 24(11): p. 2683-2687.
13. Vinh, T.Đ., Đánh giá hiệu quả điều trị lạc nội mạc tử cung bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Phụ sản*, 2012. 10(3): p. 167-176.
14. Đặng, h.h., h. lê, and đ.â. hoàng, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm, hình ảnh cộng hưởng từ của lạc nội mạc trong cơ tử cung. *tạp chí y học việt nam*, 2021. 506(2).
15. Hào, P.H.H. and N.T.T. Trang, Điều trị phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. *Tạp chí Phụ sản*, 2018. 16(1): p. 111-116.
16. Minh, Đ.T.P., et al., Một số yếu tố tiên lượng lạc nội mạc tử cung tái phát. *Tạp chí Phụ sản*, 2012. 10(3): p. 162-166.
17. Tuấn, N.V., Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH. *Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại Học Y Dược Huế*, 2012.
18. Yu, Y., et al., Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation for adenomyosis: efficacy of treatment and effect on ovarian function. *Scientific Reports*, 2015. 5(1): p. 10034.
19. Bhat, R.G., et al., Laparoscopic cystectomy of endometrioma: Good surgical technique does not adversely affect ovarian reserve. *Journal of human reproductive sciences*, 2014. 7(2): p. 125.
20. SINH, V., Nguyên nhân và một số yếu tố liên quan vô sinh thứ phát ở nữ giới.
21. Pedachenko, N., et al., Serum anti-Mullerian hormone, prolactin and estradiol concentrations in infertile women with endometriosis. *Gynecological Endocrinology*, 2021. 37(2): p. 162-165.
22. Châu, H.T.L., et al., Kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung tái phát tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Phụ sản*, 2016. 14(2): p. 62-66.
23. Hiếu, P.V., P.T.M. Phương, and H.H.T.K. Huệ, Nghiên cứu nồng độ ca125 trong bệnh lạc nội mạc tử cung bằng kỹ thuật điện hóa phát quang. *Tạp chí Phụ sản*, 2016. 14(3): p. 106-109.