

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO VÒI TỬ CUNG - PHÚC MẠC BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

*Trần Mạnh Linh, Trương Quang Vinh, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành
Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt:

Mục tiêu: Xác định các nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ gây vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc. Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 126 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc được thăm dò, chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Một số nguyên nhân chủ yếu của vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc: nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,7%, tiền sử phẫu thuật: 25,6%, lạc nội mạc tử cung: 12,8% các nguyên nhân khác chiếm 18,9%. Nhiễm C.Trachomatis chiếm tỷ lệ 46,0%. Tỷ lệ vòi tử cung tắc giả khi chụp tử cung – vòi tử cung có cản quang được phát hiện qua nội soi ổ bụng là 7,1%. Có 79,5% trường hợp vòi tử cung thông trên phim chụp 3 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21,4%. Số bệnh nhân có thai vào tháng thứ 4 sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất: 40,0%. Tỷ lệ có thai trong tử cung cao nhất ở tổn thương giai đoạn 1 là 68,0%. Không thấy có thai trong tử cung khi vòi tử cung có tổn thương giai đoạn 3 và 4. Tỷ lệ có thai chỉ gặp khi dính mức độ vừa trở xuống, ở mức độ dính nặng không có trường hợp nào có thai. **Kết luận:** Một số nguyên nhân chủ yếu của vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc là nhiễm trùng, tiền sử phẫu thuật, lạc nội mạc tử cung. Kết quả có thai sau phẫu thuật và độ thông vòi tử cung tương đương với một số nghiên cứu khác ở trong nước và kết quả có thai liên quan đến giai đoạn tổn thương vòi tử cung và mức độ dính vòi tử cung.

Abstract:

ASSESSMENT OF EFFICACY OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY

*Tran Manh Linh, Truong Quang Vinh, Nguyen Vu Quoc Huy, Cao Ngoc Thanh
Department of Obstetrics & Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy*

Objective: To determine some causes and affecting factors of tubal-peritoneal infertility. To assess the efficacy of laparoscopy in treating tubal-peritoneal infertility. **Methods:** Prospective study in 126 patients with tubal-peritoneal infertility. **Results:** Main causes of tubal infertility: Infection: 42.7%, history of operation: 25.6%, endometriosis: 12.8% and other causes and undetermined causes: 18.9%. 79.5% patients have patent tubes through hysterosalpingography. The rate of false obstructed tube through hysterosalpingography was 7.1%. The rate of intrauterine pregnancy after laparoscopy was 21.4%. This rate was associated with the stage of tubal lesions and the highest rate was in the first stage (68.0%). Nobody can get pregnant with the tubal lesions in the third and fourth stage or severe adheson. **Conclusion:** Main causes of tubal infertility are infection, history of operation and endometriosis. The rate of intrauterine

pregnancy and patent tubes in this study is equivalent to some national and international studies. This rate is associated with the stage of tubal lesions and the degree of tubal adhesion.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán và điều trị vô sinh là một trọng tâm của Chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản Quốc gia. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ vô sinh chung khoảng 10 – 15% và thay đổi tùy theo quốc gia, khu vực. Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh ở nữ, trong đó nguyên nhân chiếm tỷ lệ khá cao là do vòi tử cung – phúc mạc (VTC – PM), tỷ lệ này khoảng 30 – 40%^[14] và gặp cao hơn ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, tỷ lệ vô sinh khoảng 15%^[8] trong đó do nguyên nhân VTC – PM chiếm 40 – 60%^[17].

Chẩn đoán xác định nguyên nhân là mấu chốt để giải quyết vấn đề hiếm muộn – vô sinh và mang ý nghĩa nhân văn rất lớn, ngoài mang lại hạnh phúc cho các cá nhân và gia đình, đây còn là vấn đề có ý nghĩa xã hội sâu sắc. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu để giải quyết nguyên nhân vô sinh do tắc nghẽn đường lưu thông tinh trùng và trứng tại cơ quan sinh dục nữ. Trong đó, phẫu thuật nội soi hiện tại và tương lai sẽ tiếp tục có vai trò quan trọng trong điều trị, ngày càng được áp dụng rộng rãi trên nhiều quốc gia, mang lại hiệu quả tích cực, giảm chi phí hơn so với thụ tinh trong ống nghiệm, là phẫu thuật không thể thiếu trong vô sinh, đặc biệt trong vô sinh do VTC – PM.

Tại miền Trung Việt Nam, phẫu thuật nội soi được ứng dụng khoảng 10 năm trở lại. Trong đó, Trường Đại học Y Dược Huế với bệnh viện thực hành trực thuộc có nhiệm vụ trọng tâm là đào tạo đại học và đặc biệt là đào tạo sau đại học cho khu vực miền Trung – Tây Nguyên và cả nước. Đề tài triển khai sẽ cung cấp số liệu tương đối toàn diện về các nguyên nhân và yếu tố ảnh hưởng gây vô sinh do VTC – PM, triển khai một kỹ thuật phẫu thuật hiện đại, ít xâm lấn góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, qua đó tự nâng cao được năng lực, đáp ứng tốt nhiệm vụ đào tạo thực hành và hỗ trợ

tuyến trước. Xuất phát từ những lý do trên, đề tài này được thực hiện nhằm mục đích:

1. *Xác định các nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ gây vô sinh do VTC – PM.*

2. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị vô sinh do VTC – PM bằng phẫu thuật nội soi.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 126 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung vào điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Phụ sản Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 06/2009 đến 06/2011.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân vào viện với chẩn đoán vô sinh do VTC có tiêu chuẩn:

– Trong độ tuổi sinh sản chụp phim cản quang tử cung – vòi tử cung (HSG) có kết quả tắc qua nghiệm pháp cotte (-), hình ảnh tắc VTC đoạn xa.

– Chu kỳ kinh nguyệt đều đặn.

– Tử cung bình thường qua khám lâm sàng, siêu âm, phim HSG.

– Đồng ý làm các xét nghiệm thăm dò và người chồng bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ:

– Có dấu hiệu viêm nhiễm đường sinh dục: sốt, khí hư nhiều, mùi hôi, đau vùng hạ vị...

– Chứng nghiệm xanh Methylen tẩm nhuộm cơ tử cung khi nội soi chẩn đoán.

– Không được theo dõi sau phẫu thuật.

– Các bệnh lý ảnh hưởng đến quá trình gây mê: bệnh lý về tim mạch, hô hấp, toàn thân...

– Chống chỉ định phẫu thuật nội soi: Bệnh lý tim, gan, thận, phổi cấp tính, đái đường, lao phúc mạc. Ổ bụng có sẹo mổ cũ dính nhiều, mổ viêm phúc mạc cũ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ là độ lệch rút gọn ứng với các sai lầm α khác nhau bằng 1,96 tương ứng với độ tin cậy 95% P là tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung – phức mạc 40% [17] và ε là độ chính xác mong muốn (chọn $\varepsilon = 0,25$).

Cỡ mẫu tối thiểu là 93 trường hợp, ước lượng khoảng 10% bệnh nhân mất dấu trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật. Vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 105 trường hợp.

2.3. Các bước tiến hành

– Hỏi tiền sử, bệnh sử bệnh nhân, khám lâm sàng.

– Làm các xét nghiệm cận lâm sàng gồm: Xét nghiệm soi tươi và nhuộm gram dịch âm đạo, xét nghiệm PCR dịch nhầy cổ tử cung xác định nhiễm Chlamydia, siêu âm phụ khoa. Chụp phim HSG: Nghiệm pháp Cotte (+) khi VTC thông, nghiệm pháp Cotte (-) khi VTC tắc.

– Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị: Bệnh nhân có phim HSG hình ảnh tắc đoạn xa, một hoặc hai VTC.

+ Đánh giá tổng thể vùng chậu, tử cung (TC), đánh giá tổn thương VTC và dính vùng chậu.

+ Đánh giá mức độ dính dựa vào bảng đánh giá mức độ dính của AFS 1985.

Bảng 1. Đánh giá mức độ dính theo AFS (1985) [17]

Cơ quan dính		Diện tích cơ quan dính			Cho điểm mức độ dính
		1/3	2/3	Toàn bộ	
Buồng trứng:	Màng mỏng	1	2	4	– Dính nhẹ: 1 - 10 điểm – Dính vừa: 11 - 16 điểm – Dính nặng: trên 16 điểm
	Màng dày	4	8	16	
Vòi tử cung đoạn xa:	Màng mỏng	1	2	4	
	Màng dày	4	8	16	

+ Đánh giá tổn thương VTC dựa vào chỉ số VTC của Mage và Bruhat (1986)

Bảng 2. Bảng chỉ số tổn thương VTC của Mage và Bruhat (1986) [17]

Điểm	0	2	5	10
Độ thông VTC	Thông	Chít hẹp	Ứ dịch	-
Niêm mạc VTC	Bình thường		Nếp gấp giảm	Nếp gấp không còn hoặc teo
Thành VTC	Bình thường		Mỏng	Dày hoặc xơ cứng

Chia giai đoạn: giai đoạn 1: từ 2 đến 5 điểm, giai đoạn 2: từ 6 đến 10, giai đoạn 3: từ 11 đến 15 điểm và giai đoạn 4: khi trên 15 điểm.

+ Bơm xanh Methylen đánh giá độ thông của VTC đồng thời đánh giá hình dạng niêm mạc và độ dày thành VTC, sự tẩm nhuận của

thuốc vào cơ TC.

- Xanh Methylen qua 2 VTC vào ổ bụng: 2 VTC thông và 2 buồng trứng bình thường.

- Bơm Xanh Methylen chỉ thấy đoạn gần 2 VTC phình to: tắc VTC đoạn kẽ.

- Bơm Xanh Methylen VTC phình to lên toàn bộ, thuốc không ra ổ bụng do loa vòi tạo thành túi bịt: tắc VTC đoạn xa.

- Xanh Methylen vào 2 VTC ra ổ bụng ít, khó khăn, bơm áp lực cao do bán tắc ở loa.

- Xanh Methylen vào ổ bụng tốt qua 1 VTC: thông 1 bên.

Phối hợp giữa chỉ số tổn thương VTC và độ dính, độ thông để chỉ định phương pháp phẫu thuật:

- + Tái tạo loa VTC: Tìm lỗ loa vòi cũ và phục hồi lại hình thái giải phẫu như ban đầu.

- + Mở thông VTC: Tạo một lỗ loa vòi mới bằng cắt bỏ phần đầu VTC nếu tổn thương xơ

hoá, rạch hình nan hoa, lộn tay áo và cố định loa vòi bằng điểm đốt lưỡng cực quanh thành mạc mặt ngoài VTC.

- + Kết hợp thêm gỡ dính, giải phóng VTC...

- Đánh giá kết quả trong phẫu thuật: Bơm xanh lại Methylen đánh giá mức độ thông VTC, ghi nhận kết quả và các biến chứng.

- Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật:

- + Đánh giá tình trạng thông VTC bằng chụp phim HSG sau mổ 3 tháng.

- + Có thai sau mổ: Đánh giá đến thời điểm 9 tháng sau phẫu thuật. Vị trí thai được chẩn đoán xác định qua lâm sàng và siêu âm. Thời gian có thai sau phẫu thuật tính theo đơn vị tháng bắt đầu từ thời điểm bệnh nhân phẫu thuật đến lúc có thụ thai.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu:

Thu thập dữ liệu bằng phiếu nghiên cứu và phân tích bằng phần mềm Medcal 11.3.1.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	N	%
Nguyên phát (Vô sinh I)	52	41,3
Thứ phát (Vô sinh II)	74	58,7
Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu	31,7 ± 4,2 tuổi	
Thời gian vô sinh trung bình	3,6 ± 1,8 năm	

Thời gian vô sinh trung bình là 3,6 ± 1,8 năm, tỷ lệ vô sinh thứ phát là 58,7%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân vô sinh.

Bảng 4. Tiền sử thai kỳ cuối và tiền sử đặt dụng cụ tử cung ở nhóm vô sinh thứ phát

Thai kỳ cuối	N	%
Sinh thường	25	33,8
Phá thai, hút ĐHK	39	52,7
Thai ngoài tử cung	10	13,5
Tiền sử đặt dụng cụ tử cung	12	16,2%

Tiền sử phá thai, hút ĐHK chiếm 52,7%. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung là 16,2%.

Bảng 5. Tiền sử phụ khoa và phẫu thuật tiểu khung

Tiền sử phụ khoa và phẫu thuật tiểu khung		N	%
Tiền sử phụ khoa	Viêm tử cung – phần phụ	26	20,6
	Viêm âm đạo	42	33,3
Tiền sử phẫu thuật tiểu khung	Phẫu thuật mở/trên VTC-BT	6	4,8
	Phẫu thuật mở/ngoài VTC-BT	15	11,9
	Phẫu thuật nội soi/trên VTC-BT	9	7,1
	Không	96	76,2

Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung có tỷ lệ 23,8%, trong đó 7,1% là tiền sử mổ nội soi.

- Tần suất nhiễm *C.Trachomatis*: Có 58 trường hợp nhiễm *C.Trachomatis*, chiếm 46,0%.

**Biểu đồ 1.** Tần suất nhiễm *C.Trachomatis*

- Kết quả chẩn đoán tắc vòi tử cung qua chụp HSG và nội soi ổ bụng:

Bảng 6. Kết quả chẩn đoán tắc VTC qua chụp HSG và nội soi ổ bụng.

Phương pháp chẩn đoán	Vòi tử cung thông		Vòi tử cung không thông	
	N	%	N	%
Chụp HSG	0	0,0	126	100
Nội soi ổ bụng	9	7,1	117	93,3

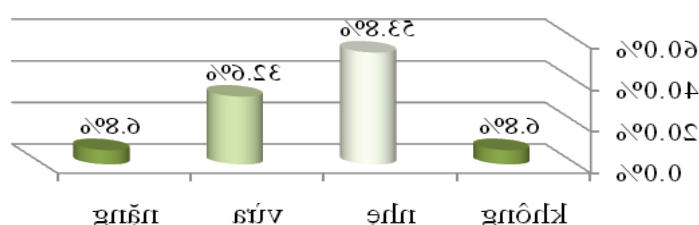
Tỷ lệ VTC tắc giả khi chụp HSG được phát hiện qua nội soi ổ bụng là 7,1%.

Bảng 7. Tồn thương vòi tử cung

Giai đoạn tổn thương	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	Tổng
Số lượng	32	67	14	4	117*
Tỷ lệ	27,4	57,3	12,0	3,3	100,0

(* Loại 9 trường hợp tắc giả). Tồn thương VTC giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 57,3%.

- Dính xung quanh VTC:

**Biểu đồ 2.** Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ dính

Bảng 8. Phân bố theo nguyên nhân gây vô sinh VTC – PM

Nguyên nhân	N	%
Nhiễm trùng	50	42,7
Lạc nội mạc tử cung	15	12,8
Phẫu thuật	30	25,6
Nguyên nhân khác*	22	18,9
Tổng	117	100,0

(*Do bẩm sinh, triệt sản và không rõ nguyên nhân). Nhiễm trùng chiếm tỷ lệ 42,7%.

3.3. Kết quả điều trị vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi

3.3.1. Đánh giá vòi tử cung sau phẫu thuật

Bảng 9. Đánh giá VTC sau phẫu thuật

Chụp HSG: Nghiệm pháp Cotte	(+)	(-)	Tổng
Số lượng	93	15	117
Tỷ lệ	79,5	20,5	100,0

Có 9 trường hợp có thai trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật nên không tiến hành chụp HSG. Nghiệm pháp cotte (+) sau phẫu thuật có tỷ lệ 79,5%.

3.3.2. Kết quả có thai chung

Bảng 10. Kết quả có thai chung

Kết quả	Không có thai	Thai trong tử cung	Tổng
Số lượng	92	25	117
Tỷ lệ	78,6	21,4	100,0

Tỷ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21,4%.

3.3.3. Thời gian có thai sau phẫu thuật

Bảng 11. Thời gian có thai sau phẫu thuật

Thời gian (tháng)		1	2	3	4	5	≥ 6	Tổng
Có thai	Số lượng	1	1	7	10	5	1	25
	Tỷ lệ	4	4	28	40	20	4	100,0

Số bệnh nhân có thai vào tháng thứ 4 sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 40,0%.

3.3.4. Kết quả có thai theo mức độ tổn thương vòi tử cung đoạn xa

Bảng 12. Phân bố kết quả có thai theo mức độ tổn thương VTC đoạn xa

Giai đoạn		1	2	3	4	Tổng
Có thai	Số lượng	17	8	0	0	25
	Tỷ lệ	68	32	0	0	100,0

Không thấy có thai trong tử cung ở VTC có tổn thương giai đoạn 3 và 4.

3.3.5. Kết quả có thai theo mức độ dính xung quanh vòi tử cung

Bảng 13. Kết quả có thai theo mức độ dính.

Mức độ dính		Không	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng
Có thai	Số lượng	7	16	2	0	25
	Tỷ lệ	28,0	64,0	8,0	0,0	100,0

Có thai xảy ra ở dính mức độ vừa trở xuống và không gặp trường hợp nào ở dính nặng.

3.3.6. Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật

Bảng 14. Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	%
Mở thông VTC	5	20,0
Tái tạo loa vòi	18	72,0
Khác	2	8,0
Tổng	25	13,2

Tỷ lệ có thai của phương pháp tái tạo loa VTC là 72,0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung - phúc mạc

4.1.1. Tiền sử phá thai, nạo buồng tử cung, hút ĐHKN và sử dụng dụng cụ tránh thai:

Phá thai, hút ĐHKN liên quan đến vô sinh do viêm nhiễm dẫn đến tắc VTC do dính hay sẹo trong lòng vòi tử cung [3]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ này là 52,7%, nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga [11] và Lê Hoài Nhân [12] lần lượt là 41,3% và 40%. Liên quan giữa tiền sử phá thai và vô sinh do VTC phúc mạc theo nghiên cứu của Chen X.Q trên 229 trường hợp vô sinh do tắc 2 VTC cho thấy tiền sử phá thai không có liên quan đến vô sinh do VTC khi phân tích với nhóm chứng ($OR=1,01$, $KTC_{95\%}=0,56 - 1,80$). Ngược lại, theo nghiên cứu bệnh chứng của Nguyễn Thị Thảo, phụ nữ có tiền sử nạo hút thai có nguy cơ bị vô sinh do VTC cao gấp 2 lần so với người không nạo phá thai ($OR=2,2$; $KTC_{95\%} 1,4-3,4$; $p=0,0001$).

Có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa đặt dụng cụ tử cung với vô sinh do bệnh lý VTC và kết quả không thống nhất với nhau. Nghiên cứu này có 12 trường hợp vô sinh thứ phát có

tiền sử đặt dụng cụ tử cung, chiếm 16,2%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Hoài Nhân [12] và Lê Thị Mộng Tuyền [19] lần lượt là 10% và 8,7%.

4.1.2. Viêm nhiễm sinh dục:

Tỷ lệ tiền sử viêm nhiễm sinh dục trong nghiên cứu là 53,9%. Theo nghiên cứu của Lê Hoài Nhân, tiền sử nhiễm trùng đường sinh dục chiếm tỷ lệ 49,2% [12]. *C.Trachomatis* là nguyên nhân chính gây viêm nhiễm vùng chậu, dẫn đến tổn thương VTC - PM, vô sinh và ứ dịch VTC. Tỷ lệ nhiễm *C.Trachomatis* trong nghiên cứu này là 46,0%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà, 49,5% [10], thấp hơn so với nghiên cứu của Shibaha là 65,0%. Sự khác nhau về tỷ lệ nhiễm *C.Trachomatis* giữa các nghiên cứu có thể do thời gian, vị trí lấy mẫu, tập quán, lối sống ở từng nơi và tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ nhiễm trùng chung có thể do chỉ mới nhiễm *C.Trachomatis* đường sinh dục thấp.

4.1.3. Tiền sử phẫu thuật vùng chậu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm tỷ lệ 23,8%, trong đó tiền sử mổ nội soi là 7,1%. Luttjeboer và cộng sự đã phân tích 7 nghiên cứu (5 nghiên cứu đoàn hệ và 2 nghiên cứu bệnh chứng)

nhận thấy tiền sử phẫu thuật vùng chậu làm tăng khả năng mắc bệnh lý VTC với tỷ suất chênh OR 3,6 (KTC 95% 1,4-9,0).

4.2. Nguyên nhân của vô sinh do vòi tử cung phúc mạc

Nguyên nhân chủ yếu của vô sinh do VTC - PM trong nghiên cứu bao gồm nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất 42,7%, tiền sử phẫu thuật 25,6%, lạc nội mạc tử cung 12,8% và các nguyên nhân khác chiếm 18,9%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga ^[11]. Nhiễm trùng vùng chậu là nguyên nhân chính của vô sinh do bệnh lý VTC - PM trong đó *C.Trachomatis* là nguyên nhân của 50% các trường hợp. Lậu cầu có thể gây nhiễm trùng đường sinh dục trên, tỷ lệ đồng lây nhiễm cùng với *C.Trachomatis* lên đến 25 – 50%. Các nguyên nhân nhiễm trùng khác là lao sinh dục, nhiễm trùng sau phá thai, nhiễm trùng hậu sản. Nguyên nhân do lạc nội mạc tử cung chiếm 12,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Hoài Nhân là 13,2% ^[12].

4.3. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do vòi tử cung phúc mạc

4.3.1. Kết quả thông vòi tử cung sau điều trị:

Tỷ lệ thông VTC sau phẫu thuật là 79,5%,

phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Mộng Tuyền (2005) là 69,2%^[19]. Nghiên cứu của Milingos S.D (2000) cũng cho thấy VTC thông khi kiểm tra HSG sau mổ 2 năm có tỷ lệ là 60%^[10]. Như vậy, kiểm tra HSG là cần thiết sau phẫu thuật nội soi VTC.

4.3.2. Kết quả có thai chung:

Tỷ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21,4% với thời gian theo dõi trong 9 tháng. Theo Lê Thị Mộng Tuyền (2005), tỷ lệ thai trong tử cung là 9,1%^[19], nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga (2000), tỷ lệ thai trong tử cung là 17,45%^[11]. Kết quả chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu này mới thực hiện, đối tượng nghiên cứu trẻ hơn và giai đoạn tổn thương nhẹ hơn.

4.3.3. Kết quả có thai theo mức độ tổn thương VTC:

Trong nghiên cứu có thai chỉ xảy ra ở những trường hợp tổn thương VTC giai đoạn 1 (68%), giai đoạn 2 (32%) và không có trường hợp nào có thai nào xảy ra ở giai đoạn 3 và 4. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu chưa có trường hợp nào thai ngoài tử cung, có thể do tổn thương VTC trong nghiên cứu này nhẹ hơn và thời gian theo dõi ngắn hơn so với các nghiên cứu khác.

Bảng 15. Kết quả có thai theo mức độ tổn thương VTC

Tác giả	Năm	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4
Dubuisson ^[4]	1994	60,05%	51,7%	12,5%	0%
Kasia ^[7]	1997	33,3%	32,6%	8,5%	0%
Bùi T.P.Nga ^[11]	2000	24,49%	8,33%	0%	0%
Lê T.M. Tuyền ^[19]	2004	22,2%	6,7%	0%	0%
Lê Hoài Nhân ^[12]	2007	33,3%	11,1%	0%	0%
Nghiên cứu này	2009	68%	32%	0%	0%

4.3.4. Kết quả có thai theo mức độ dính:

Nghiên cứu này cho thấy có thai chỉ xảy ra ở những trường hợp không dính, dính nhẹ hoặc dính vừa. Không có trường hợp nào dính nặng có thai. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga, Lê Thị

Mộng Tuyền, Lê Hoài Nhân. Nghiên cứu của Schmidt S và cộng sự (2000) ở 187 trường hợp vô sinh do VTC được phẫu thuật nội soi cho thấy có thai chỉ xảy ra khi VTC tổn thương nhẹ hoặc trung bình, mức độ dính nhẹ hoặc vừa^[15].

4.3.5. Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật:

Tỷ lệ có thai của phương pháp tái tạo loa vòi là 72,0% cao hơn so với mở thông VTC, tỷ lệ 20,0%, tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga và cộng sự (26,0% so với 4,5%^[1]). Tỷ lệ có thai ở phương pháp tái tạo loa vòi cao hơn mở thông VTC do mở thông VTC chỉ định ở bệnh nhân có tổn thương ứ dịch, tổn thương VTC ở giai đoạn 2 trở lên, tái tạo loa VTC được chỉ định ở bệnh nhân có VTC bị chít hẹp hoặc ứ dịch nhẹ, tổn thương VTC ở giai đoạn 1 hoặc 2. Mặt khác, mở thông vòi tác động lên VTC nhiều hơn và có thể làm thay đổi cấu trúc giải phẫu VTC.

5. KẾT LUẬN

5.1. Các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của vô sinh do vòi tử cung-phức mạc:

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phá thai, hút điều hoà là 52,7%, tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục hiếm 53,9%, phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm tỷ lệ 22,8%. Tỷ lệ nhiễm Chlamydia trong nghiên cứu này là 46,0%. Một số nguyên nhân chủ yếu của vô sinh do VTC - PM: nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,7%, tiền sử phẫu

thuật: 25,6%, lạc nội mạc tử cung: 12,8%. Các nguyên nhân khác chiếm 18,9%.

5.2. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do vòi tử cung phức mạc:

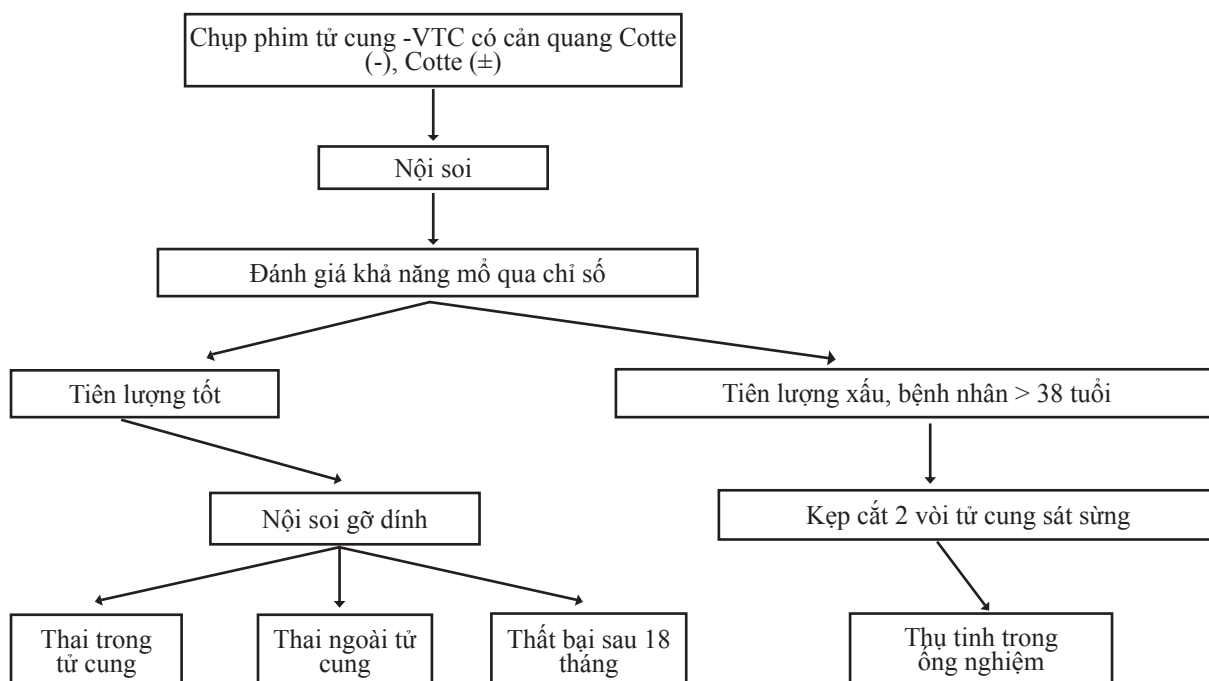
Tỷ lệ thông VTC sau phẫu thuật là 79,5%, tỷ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21,4%. Có thai chỉ xảy ra ở những trường hợp tổn thương VTC giai đoạn 1 (68%), giai đoạn 2 (32%) và không có trường hợp có thai nào xảy ra ở giai đoạn 3 và 4. Tỷ lệ có thai của phương pháp tái tạo loa vòi là 72,0%. Số bệnh nhân có thai vào tháng thứ 4 sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao 40,0%.

6. KIẾN NGHỊ

Có kế hoạch đào tạo, đào tạo lại cho những phẫu thuật viên phụ khoa tại các bệnh viện tuyến tỉnh của khu vực Miền Trung - Tây Nguyên kỹ thuật phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do bệnh lý VTC - PM.

Nguyên nhân nhiễm trùng Chlamydia là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tổn thương vòi tử cung và vô sinh, cần có biện pháp sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và dự phòng hữu hiệu để ngăn chặn các tổn thương nặng nề có thể xảy ra với vòi tử cung ở các phụ nữ độ tuổi sinh sản.

Lưu đồ xử trí vô sinh do vòi tử cung phức mạc



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bacevac J, Ganović R (2001), Diagnostic value of hysterosalpingography in examination of fallopian tubes in infertile women, *Srp Arh Celok Lek*, 129(9-10), pp.243-6.
2. Camran R.N., Farr R.N., Anthony A.L. (1995), "Laparoscopy", *Operative Gynecologic Laparoscopy: Principles and Techniques*, p.p 79-96.
3. Canis M., Mage G., Pouly J.L., Manhes H., Wattiez A., Bruhat M.A. (1991), "Laparoscopic distaltuboplasty: report of 87 cases and a 4 - year experience", *Fertil Steril*, vol 56 (4), pp. 616 - 621.
4. Dubuisson J.B., Chapron C., Morice P., et al (1994), Laparoscopic salpingostomy: fertility results according to the tubal mucosal appearance, *Hum Reprod*, 9, pp.334-339.
5. Herbert R. (1991), "Management of tubal infertility in the 1990s", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98(7), pp.619 - 23.
6. Johanson N.P., Watson A. (2000), "Cochrane review: Post- Operative procedures for Improving Fertility following pelvic reproductive Surgery", *Hum Reprod Update*, 6 (3), pp. 259-67.
7. Kasia J.M., Raiga J., Bruhat M.A. (1997), "Laparoscopic Fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the Yaounde General Hospital, Cameroon (report of 184 cases)", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 73(1), pp. 71-77.
8. Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Ngọc Phương, Nguyễn Song Nguyên, Hồ Mạnh Tường, Vương Thị Ngọc Lan (2000), *Hiếm muộn- Vô sinh và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản*, Nhà xuất bản Y học.
9. Marana R., Rizzi M., Muzzii L., Catlano G., Caruana P., Mancuso S. (1995), "Correlation between the American Fertility Society classification of adnexal adhesions and distal tubal occlusion , salpingoscopy, and reproductive outcome in tubal surgery", *Fertil Steril*, vol 64, pp. 924- 929.
10. Milingos S.D., Kallipolitis G.K., Loutradis D.C., Liapi A.G., Hassan E.A., Mavromatis C.G., Miaris S.G., Michalas S.P. (2000), "Lapasoscopic treatment of hydrosalpinx; factor affecting pregnancy rate", *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol 7 (3) , pp. 355 - 361.
11. Bùi Thị Phương Nga (2001), "Phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do nguyên nhân vòi trứng-phức mạc", *Hội thảo Việt Pháp-Các vấn đề mới trong Sản Phụ khoa*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.57-63.
12. Lê Hoài Nhân (2007), *Nghiên cứu hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do vòi tử cung*, Luận án tốt bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
13. Oh S.T. (1996), "Tubal patency and conception rater with three methods of laparoscopic terminal neosalpingostomy", *Jam Assoc - Eynecol- Laparosc*, Vol 3 (4), pp. 519 - 523.
14. Paavonen J (2004), "Sexually transmitted chlamydial infections and subfertility", *International Congress Series*, 1266, pp.277-286.
15. Schmidt S., Wagner U., Krebs D. (2000), "Predicting the outcome of infertility surgery", *Arch Gynecol Ostet*, 264 (3), pp. 116 -8.
16. Swart P, Mol BWJ, Van der Veen F, et al (1995), "The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis", *Fertil Steril*, 64, pp.486-491.
17. Cao Ngọc Thành (2011), *Vô sinh do vòi tử cung phức mạc*, Nhà xuất bản Đại học Huế
18. Đinh Bích Thủy (2008), *Chẩn đoán độ thông vòi tử cung qua phim chụp tử cung-vòi tử cung và qua soi ổ bụng*, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(phụ bản số 1), tr.350-352.
19. Lê Thị Mộng Tuyền, Cao Ngọc Thành (2005), "Đánh giá kết quả chẩn đoán và phẫu thuật điều trị vô sinh do vòi tử cung", *Y học thực hành*, 521, tr.589.
20. Watson A., Vandekerckhove P., Lilford R. (2000), "Techniques for pelvic surgery is subfertility", *Cochrane database Syst Rev*, (2), CD 000221.