

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

*Cao Ngọc Thành, Trương Quang Vinh,
Nguyễn Vũ Quốc Huy, Phạm Chí Kông và cộng sự*
(*) Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Mục tiêu: 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 gồm 126 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung phúc mạc được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** 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%. 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 tỉ lệ cao nhất: 40.0%. Tỷ lệ có thai trong tử cung đối với từng giai đoạn tổn thương vòi tử cung khác nhau, 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 ở vòi tử cung có tổn thương giai đoạn 3 và 4. Tỷ lệ có thai đều xảy ra ở đỉnh mức độ vừa trở xuống, còn đỉnh mức độ nặng không thấy ghi nhận trường hợp có thai nào. Tỷ lệ có thai của phương pháp mở thông vòi tử cung và tái tạo loa vòi tử cung lần lượt là 20.0% và 72.0%. 79.5% có vòi tử cung thông trên phim chụp 3 tháng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả có thai sau phẫu thuật và độ thông vòi tử cung trong nghiên cứu này tương đương với một số nghiên cứu khác ở trong nước cũng như trên thế giới. Kết quả có thai liên quan đến giai đoạn tổn thương vòi tử cung, mức độ dính vòi tử cung.

Abstract

EFFICACY OF GYNECOLOGIC LAPAROSCOPY IN TREATING TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY

*Cao Ngọc Thanh, Trương Quang Vinh,
Nguyễn Vũ Quốc Huy, Phạm Chí Kông et al*

Objective: To assess the efficacy of laparoscopy in treating tubal-peritoneal infertility in some central provinces and western highlands. **Materials and methods:** prospective study including 126 patients with tubal-peritoneal infertility. **Results:** The rate of false obstructed tube through hysterosalpingoscopy was 7.1%. The rate of intrauterine pregnancy after laparoscopy was 21.4%. This rate was associated with the stage of tubal lesions and accounted for highest rate in the first stage (68.0%). There were no case of pregnancy in the third and fourth stage of tubal lesions as well as in the dense adhesion. The rate of intrauterine pregnancy of salpingostomy and tubalplasty were 20.0% and 72.0%, respectively. 3 months post-operation, 79.5% patients have patent tubes through hysterosalpingoscopy. **Conclusion:** The rate of intrauterine pregnancy and patent tubes in this study is able to compared with 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 nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ vô sinh khoảng 10–15% tùy theo từng quốc gia, khu vực. Ở Việt Nam, tỷ lệ này chiếm khoảng 15%^[1]. Giải quyết vấn đề hiếm muộn – vô sinh là một trọng tâm của chương trình điều hòa sinh sản và mang ý nghĩa nhân văn rất lớn. Ngoài mang lại hạnh phúc cho cá nhân và gia đình, đây là còn vấn đề có ý nghĩa xã hội sâu sắc.

Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh ở nữ, trong đó nguyên nhân quan trọng và chiếm tỷ lệ khá cao là vô sinh do vòi tử cung. Tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới là 30-40% trong các trường hợp vô sinh nữ [2]. Nhiều tác giả trong nước cho tỷ lệ này là 40-60%. Xác định được nguyên nhân mới có thể có chiến lược điều trị phù hợp. Vô sinh do vòi tử cung chiếm một tỷ lệ khá cao, đặc biệt là các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam [3]. Phẫu thuật là một trong những phương pháp điều trị chính và đơn giản để giải quyết các trường hợp vô sinh do tắc nghẽn đường lưu thông của tinh trùng và trứng tại cơ quan sinh dục nữ. Hiện nay phẫu thuật nội soi đang được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới đem lại hiệu quả, giảm chi phí so với thụ tinh trong ống nghiệm. Trong điều trị vô sinh, phẫu thuật nội soi là một can thiệp không thể thiếu trong nhiều trường hợp, hơn nữa trong vô sinh do vòi tử cung, phẫu thuật nội soi can thiệp vòi hiện tại và tương lai sẽ tiếp tục có vai trò quan trọng trong điều trị. Tại miền Trung Việt Nam, phẫu thuật nội soi đã bắt đầu được ứng dụng tại các tuyến Trung ương và Tỉnh từ khoảng 5 năm trở lại. Nếu được thực hiện thành công, quy trình kỹ thuật của đề tài có thể được áp dụng rộng rãi tại các tuyến Trung ương và Tỉnh bằng cách chuyển giao kỹ thuật sau khi đề tài được hoàn thành.

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế là một bệnh viện thực hành trực thuộc Trường,

phục vụ cho nhiệm vụ trọng tâm của Trường là đào tạo đại học và sau đại học, đặc biệt cho các học viên sau đại học cho toàn khu vực miền Trung – Tây Nguyên và cả nước. Công trình nghiên cứu này nếu được triển khai tại Bệnh viện trường và một số cơ sở y tế khu vực miền Trung sẽ cung cấp số liệu tương đối toàn diện về các nguyên nhân và yếu tố ảnh hưởng gây vô sinh do vòi tử cung, triển khai một kỹ thuật phẫu thuật hiện đại, ít xâm lấn để góp phần điều trị các trường hợp đó, 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 đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị vô sinh do vòi tử cung – phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 126 bệnh nhân bị vô sinh do vòi tử cung vào điều trị tại các Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung ương 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 vòi tử cung đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản mà chụp HSG có kết quả tắc hoặc bán tắc qua nghiệm pháp cotte (-) hoặc ($\pm$), hình ảnh vị trí tắc xa.
- Chu kỳ kinh nguyệt đều đặn
- Người chồng bệnh nhân có kết quả tinh dịch đồ bình thường.
- Tử cung bình thường qua khám lâm sàng, siêu âm, chụp HSG.
- Cả hai vợ chồng đồng ý làm các xét nghiệm thăm dò.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có một trong các yếu tố sau đây không đưa vào nhóm nghiên cứu.

- Bệnh nhân không thoả mãn các tiêu chuẩn nêu trên.

- Đang có dấu hiệu tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục: sốt, khí hư nhiều, có mùi hôi, đau vùng hạ vị.
- Khỏi u buồng trứng.
- Các bệnh cấp và mãn làm ảnh hưởng đến quá trình gây mê: bệnh lý về tim mạch, hô hấp, toàn thân,...
- Chứng nghiệm xanh Methylen tẩm nhuộm cơ tử cung khi nội soi chẩn đoán.
- Không được theo dõi sau phẫu thuật.
- 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, mô viêm phúc mạc cũ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, ứng dụng kỹ thuật.

Các bước tiến hành

- Hỏi bệnh nhân
- Khám lâm sàng
- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng gồm chụp phim tử cung-vòi tử cung có cản quang, xét nghiệm Chlamydia.
- Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị:
 - + Ghi nhận toàn thể vùng chậu, đánh giá tổn thương VTC và dính vùng chậu.
 - + Đánh giá độ dính, chúng tôi dựa theo chỉ số đánh giá mức độ dính của AFS 1985 (bảng 2.1) chia làm 4 độ từ không dính, dính nhẹ, dính vừa và dính nặng.

Bảng 2.1. Chỉ số đánh giá mức độ dính theo AFS (1985)^[3]

Diện tích cơ quan dính		1/3	2/3	Toàn bộ
Cơ quan dính	Buồng trứng:			
	Màng mỏng	1	2	4
	Màng dày	4	8	16
Vòi tử cung đoạn xa:	Màng mỏng	1	2	4
	Màng dày	4	8	16

Dính nhẹ: 1- 10 điểm Dính vừa: 11- 16 điểm Dính nặng: trên 16 điểm

- Đánh giá tổn thương vòi tử cung, dựa vào bảng chỉ số vòi tử cung của Mage và Bruhat (1986). (bảng 2.2)

Bảng 2.2. Bảng chỉ số tổn thương vòi tử cung đoạn xa^[3]

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

Giai đoạn 1: Từ 2 đến 5 điểm

Giai đoạn 2: Từ 6 đến 10

Giai đoạn 3: Từ 11 đến 15

Giai đoạn 4: Trên 15 điểm

- Bơm xanh Methylen đánh giá độ thông của VTC đồng thời đánh giá hình dạng niêm mạc VTC và độ dày thành vòi TC. Bên cạnh đó đánh giá được sự tẩm nhuận của thuốc vào cơ TC và mạch máu. Dựa vào chứng nghiệm xanh Methylen để đánh giá:

- + Xanh Methylen qua 2 vòi TC vào ổ bụng: 2 vòi TC thông và 2 buồng trứng bình thường.
- + Xanh Methylen không ngấm vào 2 vòi

TC, chỉ thấy đoạn gần 2 vòi TC phình to, tắc vòi TC đoạn kẽ.

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

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

- + Xanh Methylen vào ổ bụng tốt qua 1 vòi TC thông 1 bên.

+ Chúng tôi phối hợp giữa chỉ số tổn thương vòi tử cung và độ dính, để chỉ định phương pháp phẫu thuật thích hợp.

+ Tái tạo loa vòi TC: Là tìm lại lỗ loa vòi cũ và phục hồi lại hình thái giải phẫu ban đầu của loa vòi. Chỉ định trong những trường hợp loa vòi bị chít hẹp một phần, hoặc bị dây dính bao phủ.

+ Mở thông vòi TC: Là tạo một lỗ loa vòi mới, lý tưởng nhất là cùng chỗ lỗ loa vòi cũ. Chỉ định trong trường hợp đoạn xa bị ứ dịch, bít tắc, loa vòi mất cấu trúc hoặc có thể tạo xơ. Phần đầu của vòi TC sẽ được cắt bỏ nếu bị tổn thương xơ hoá và rách mở bằng kéo theo hình nan hoa. Tiếp theo là tạo một loa vòi mới

theo phương pháp lộn tay áo và cố định loa vòi bằng vài điểm đốt lưỡng cực quanh thanh mạc mặt ngoài vòi TC.

- Đánh giá kết quả trong phẫu thuật:

+ Vòi TC thông 2 bên: Nếu thấy xanh Methylen thoát ra từ 2 loa vòi TC.

+ Vòi TC thông 1 bên: Chỉ thấy thuốc xanh Methylen thoát ra từ 1 loa vòi TC.

+ Vòi TC tắc 2 bên: Không thấy thuốc xanh Methylen trong ổ bụng.

- Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật: đánh giá khả năng có thai sau phẫu thuật và đánh giá phim chụp tử cung-vòi tử cung sau phẫu thuật 3 tháng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	n	%	$\bar{X} \pm SD$
20-25	7	5.6	31.7 ± 4.2
26-30	50	39.7	
31-35	40	31.7	
36-40	26	20.6	
>40	3	2.4	
Tổng	126	100.0	

Tuổi trung bình là 31.7 ± 4.2 tuổi. Nhóm tuổi 26-35 chiếm tỉ lệ cao nhất.

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

Bảng 2. Kết quả chẩn đoán tắc vòi tử cung qua chụp HSG và nội soi ổ bụng

Phương pháp chẩn đoán	Vòi tử cung thông		Vòi tử cung thông	
	n	%	n	%
Chụp HSG	0	0.0	126	100
Nội soi ổ bụng	9	7.1	117	93.3

Tỷ lệ vòi tử cung tắc giả khi chụp HSG được phát hiện qua nội soi ổ bụng là 7.1%.

Vị trí tắc ở các trường hợp tắc giả

Bảng 3. Vị trí tắc ở các trường hợp tắc giả

Vị trí chỗ tắc	n	%
Kẽ	3	33.3
Eo	5	55.6
Bóng	0	0
Loa	1	11.1
Tổng	9	100.0

Tỉ lệ tắc ở đoạn kẽ, eo và loa ở những trường hợp tắc giả là 33.3%, 55.6% và 11.1%.

Tổn thương vòi tử cung

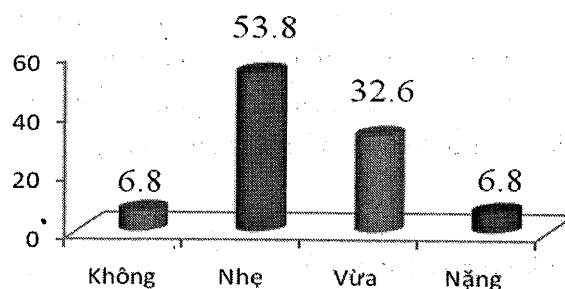
Bảng 4. Tổn thương vòi tử cung

Giai đoạn tổn thương	n	%
Giai đoạn 1	32	27.4
Giai đoạn 2	67	57.3
Giai đoạn 3	14	12.0
Giai đoạn 4	4	3.3
Tổng	117*	100.0

(*) Không kể 9 trường hợp tắc giả khi chụp HSG

Tổn thương vòi tử cung giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 57.3%.

Tổn thương dính xung quanh vòi tử cung



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ dính

Kết quả có thai chung

Bảng 5. Kết quả có thai chung

Thai	n	%
Không có thai	92	78.6
Thai trong tử cung	25	21.4
Tổng	117	100.0

Tỉ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21.4%.

Thời gian có thai sau phẫu thuật

Bảng 6. Thời gian có thai sau phẫu thuật

Thời gian (tháng)	n	%
1	1	4
2	1	4
3	7	28
4	10	40
5	6	24
Tổng	25	100.0

Số bệnh nhân có thai vào tháng thứ 4 sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất: 40.0%.

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

Bảng 7. Phân bố kết quả có thai theo mức độ tổn thương vòi tử cung đoạn xa

Giai đoạn	Có thai	n	%
1		17	68
2		8	32
3		0	0.0
4		0	0.0
Tổng		25	100.0

Tỷ lệ có thai trong tử cung đối với từng giai đoạn tổn thương vòi tử cung khác nhau, 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

ở vòi tử cung có tổn thương giai đoạn 3 và 4.

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

Bảng 8. Kết quả có thai theo mức độ dính

Mức độ dính	n	%
Không dính	7	28.0
Dính nhẹ	16	64.0
Dính vừa	2	8.0
Dính nặng	0	0.0
Tổng	25	100.0

Tỷ lệ có thai đều xảy ra ở dính mức độ vừa trở xuống, còn dính mức độ nặng không thấy ghi nhận trường hợp có thai nào.

- Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật

Bảng 9. Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	%
Mở thông vòi tử cung	5	20.0
Tái tạo loa vòi	18	72.0
Khác	2	8.0
Tổng	25	100.0

Tỷ lệ có thai của phương pháp mở thông vòi tử cung và tái tạo loa vòi tử cung lần lượt là 20.0% và 72.0%.

Đánh giá vòi tử cung sau phẫu thuật

Bảng 10. Đánh giá vòi tử cung sau phẫu thuật

Chụp HSG	n	%
Nghiệm pháp cotte (+)	93	79.5
Nghiệm pháp cotte (±)	11	9.4
Nghiệm pháp cotte (-)	4	3.4
Không chụp*	9	7.7
Tổng	117	100.0

* Bệnh nhân có thai trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật

Nghiệm pháp cotte (+) chiếm tỷ lệ cao nhất : 79.5%.

4. BÀN LUẬN

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

Tỷ lệ vòi tử cung tắc giả khi chụp HSG được phát hiện qua nội soi ổ bụng là 6.7% (bảng 2). Tỷ lệ này tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Hoài Nhân (7.1%) [4] và thấp hơn một số nghiên cứu khác như của Đinh Bích Thuý (10.7%) [5], Lê Thị Mộng Tuyền (11.1%) [6]. Sự khác nhau này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau, kỹ thuật chụp khác nhau và

phân bố nguyên nhân khác nhau.

Trong các trường hợp tắc giả khi chụp phim tử cung-vòi tử cung, tỷ lệ tắc ở đoạn kẽ, eo và loa lần lượt là 33.3%, 55.6% và 11.1% (bảng 3). Vòi tắc gần ở kẽ và eo khi chụp có thể do bệnh nhân đau gây ra phản xạ co thắt vòi tử cung nên thuốc bơm không vào tiếp được. Còn khi nội soi thì bệnh nhân được gây mê, không cảm thấy đau nên vòi tử cung không bị co thắt bơm thuốc qua dễ dàng. Điều đó chứng tỏ rằng phương pháp nội soi chẩn đoán được những

trường hợp tắc vòi tử cung cơ năng do co thắt. Còn các trường hợp tắc xa ở loa trên phim thì khi nội soi bơm thuốc lại thông. Giả thiết cho rằng khi chụp bơm thuốc cản quang chưa đủ áp lực nên thuốc mới dừng lại ở loa chưa vào đến ổ bụng. Khi nội soi trực tiếp quan sát xem thuốc vào đến đâu và bơm với áp lực đủ mạnh thì thuốc sẽ vào ổ bụng dễ dàng. Như vậy nội soi có ưu điểm là quan sát trực tiếp và điều khiển được áp lực bơm đạt hiệu quả nhất [5]. Nghiên cứu của Bacevac J và cộng sự ở 140 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung được phẫu thuật nội soi cho thấy sự phù hợp giữa hai phương pháp khi vòi trứng bình thường, tắc nghẽn, dính quanh vòi trứng lần lượt là 22.9%, 25% và 3.6%. Chụp tử cung-vòi tử cung có độ nhạy tốt nhất khi phát hiện tắc đoạn xa (78%) và thấp nhất khi có dính kèm theo (2%). Độ đặc hiệu tốt nhất trong chẩn đoán tắc vòi tử cung (96%) và kém nhất khi có dính quanh vòi (25%). Có 15.0% trường hợp âm tính giả và 17.1% dương tính giả. Qua nghiên cứu, các tác giả kết luận rằng (1) Chụp tử cung-vòi tử cung là một biện pháp đơn giản trong chẩn đoán vô sinh nữ, (2) Chụp tử cung-vòi tử cung và nội soi ổ bụng là hai phương pháp bổ sung cho nhau trong đánh giá vô sinh do vòi tử cung và (3) nội soi ổ bụng ưu việt hơn so với chụp tử cung-vòi tử cung trong đánh giá dính quanh vòi tử cung [7]. Một phân tích gộp của Swart và cộng sự gồm 20 nghiên cứu ở 4179 bệnh nhân cho thấy so với nội soi ổ bụng, chụp phim tử cung vòi tử cung có độ

nhạy là 65% và độ đặc hiệu là 85% trong chẩn đoán sự thông thương của vòi tử cung. Tuy nhiên, đây là xét nghiệm không tin cậy trong chẩn đoán dính quanh phần phụ [8].

Kết quả có thai chung

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ có thai trong buồng tử cung sau mổ là 21,4% (bảng 5). Theo nghiên cứu của Lê Thị Mộng Tuyền (2005), tỷ lệ thai trong tử cung là 9,1% [6], nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga tại Thành phố Hồ Chí Minh (2000) tỷ lệ thai trong tử cung là 17.45% [9]. Kết quả của chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu này mới được thực hiện, các phẫu thuật viên có nhiều năm kinh nghiệm hơn, độ tuổi của đối tượng nghiên cứu trẻ hơn và giai đoạn tổn thương nhẹ hơn.

Kết quả có thai theo mức độ tổn thương vòi tử cung

Trong nghiên cứu này, có thai chỉ xảy ra ở những trường hợp tổn thương vòi tử cung giai đoạn 1 (68%), giai đoạn 2 (32%) và không có trường hợp có thai nào xảy ra ở giai đoạn 3 và 4 (bảng 7). Kết quả này cũng phù hợp với hầu hết kết quả của các nghiên cứu khác (bảng 10). Kết quả của phẫu thuật vòi tử cung phụ thuộc vào mức độ tổn thương của vòi tử cung, mức độ tổn thương càng thấp tỷ lệ có thai càng cao. Trong nghiên cứu này, chưa có trường hợp thai ngoài tử cung nào. Điều này có thể do mức độ tổn thương vòi tử cung trong nghiên cứu này nhẹ hơn so với các nghiên cứu khác cũng như thời gian theo dõi ngắn hơn so với các nghiên cứu khác.

Bảng 10. Kết quả có thai theo mức độ tổn thương vòi tử cung

Tác giả	Năm	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4
Canis [10]	1989	44.5%	22.5%	7.7%	0%
Dubuisson [11]	1994	60.05%	51.7%	12.5%	0%
Kasia [12]	1997	33.3%	32.6%	8.5%	0%
Bùi T.P.Nga [9]	2000	24.49%	8.33%	0%	0%
Lê T.M. Tuyền [6]	2004	22.2%	6.7%	0%	0%
Lê Hoài Nhân [4]	2007	33.3%	11.1%	0%	0%
Nghiên cứu này	2009	68%	32%	0%	0%

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 (bảng 8). 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 vòi tử cung được phẫu thuật nội soi cho thấy có thai chỉ xảy ra ở những ca có vòi tử cung tổn thương nhẹ hoặc trung bình, mức độ dính nhẹ hoặc vừa [13]. Ngược lại, tỉ lệ có thai ở các trường hợp không dính, dính nhẹ, dính vừa và dính nặng trong nghiên cứu của Canis ở 106 trường hợp vô sinh do vòi tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lần lượt là 26.3%, 44.7%, 30% và 21% [10] hay trong nghiên cứu của Marana thì tỉ lệ có thai trong nhóm dính nặng (70%) cao hơn so với nhóm dính vừa (63%) [14]. Rõ ràng, việc có thai chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau.

Kết quả có thai theo phương pháp phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ có thai của phương pháp tái tạo loa vòi (72.0%) cao hơn so với mở thông vòi tử cung (20.0%) (bảng 9). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Phương Nga và cộng sự (26.0% so với 4.5%) [9]. Tỉ lệ có thai ở phương pháp tái tạo loa vòi cao hơn mở thông vòi tử cung có thể do mở thông vòi tử cung được chỉ định ở những bệnh nhân có vòi tử cung có tổn thương ứ dịch, nghĩa là tổn thương ở giai đoạn 2 trở lên, trong khi tái tạo loa vòi tử cung được chỉ định ở bệnh nhân có vòi tử cung bị chít hẹp hoặc ứ dịch nhẹ, nghĩa là tổn thương vòi tử cung ở giai đoạn 1 hoặc 2. Hơn nữa, phương pháp mở thông vòi tác động lên vòi tử cung nhiều hơn và có làm thay đổi cấu trúc giải phẫu của vòi tử cung nhiều hơn so với phương pháp tái tạo loa vòi. Trong phương pháp mở thông vòi, đoạn bóng của vòi tử cung phần nào bị ngắn đi và việc lộn mép của đầu xa của vòi tử cung ra ngoài làm hạn chế phần nào khả năng bắt trứng

trứng so với loa vòi được tái tạo trong trường hợp bị chít hẹp. Watson A. và cộng sự cho rằng ở 2 nhóm gỡ dính đơn thuần và tái tạo loa vòi, vòi tử cung chỉ tổn thương ở mức độ nhẹ hoặc vừa, sau mổ vòi tử cung thông và còn phục hồi được chức năng sinh lý, do vậy khả năng có thai sẽ cao. Ngược lại, tỉ lệ có thai thấp trong mở thông vòi là do vòi tử cung bị tổn thương nặng, mặc dù có thông được sau mổ nhưng do không phục hồi được chức năng đầy đủ nên khả năng có thai sau mổ thấp và nguy cơ có chửa ngoài tử cung cao. Bên cạnh đó, ở những bệnh nhân ứ dịch vòi tử cung, vòi tử cung mất hết các tua loa, vòi tử cung tổn thương rất nặng (giai đoạn 4), không hồi phục được chức năng sinh lý, nên mặc dù sau mổ vòi tử cung thông nhưng vẫn không có thể có thai được^[15].

Kết quả thông vòi tử cung sau điều trị

Tỉ lệ thông vòi tử cung sau phẫu thuật là 79.5%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Mộng Tuyền (2005): tỷ lệ thông vòi tử cung sau điều trị là 69.2% [6]. Nghiên cứu khác của Milingos S.D (2000) cũng cho thấy vòi tử cung thông khi kiểm tra HSG sau mổ 2 năm có tỷ lệ là 60% [16].

Như vậy việc kiểm tra HSG là cần thiết sau phẫu thuật nội soi vòi tử cung để có hướng xử lý tiếp theo cho phù hợp. Thời điểm chụp HSG sau mổ bao lâu là hợp lý? Một số tác giả đề nghị nên chụp HSG sau mổ từ 3-6 tháng [17].

Theo một số tác giả nước ngoài thì tỷ lệ tái dính vòi tử cung sau phẫu thuật tử cung chiếm từ 11.2% đến 40.5%, tỷ lệ này phụ thuộc vào mức độ dính, phương pháp phẫu thuật nội soi, thời gian theo dõi sau mổ và hầu như không tăng thêm sau mổ 6 tháng [18]. Vì vậy nên chụp kiểm tra lại sau mổ từ 2 - 6 tháng. Chúng tôi chọn thời điểm sau 3 tháng tính từ lúc mổ để chụp HSG kiểm tra.

Nhiều nghiên cứu đã tiến hành tìm hiểu vấn đề tái dính tắc vòi tử cung sau mổ và nội soi lần 2 (second - look Laparoscopy). Theo Camran R.N. [19] và Herbert Reiss [20]: Tái dính thường xuất hiện sớm trong vòng 2 - 6 tháng

sau phẫu thuật nội soi, các dải dính có thể xuất hiện lại ở vị trí cũ hoặc ở cả những vị trí khác, các tác giả này khuyến cáo rằng để ngăn chặn tái dính nên thực hiện nội soi lần 2 sớm 1 - 12 tuần sau phẫu thuật lần đầu. Tuy nhiên, trong điều kiện hiện tại của chúng tôi, việc thực hiện nội soi lần 2 là không thể, một mặt vì tâm lý không chấp nhận của bệnh nhân và mặt khác là vì chi phí phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi chọn chụp HSG trong nghiên cứu này.

KẾT LUẬN

Kết quả có thai sau phẫu thuật và độ thông vòi tử cung trong nghiên cứu này tương đương với một số nghiên cứu khác ở trong nước cũng như trên thế giới. Kết quả có thai liên quan đến giai đoạn tổn thương vòi tử cung, mức độ dính vòi tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Paavonen J (2004), "Sexually transmitted chlamydial infections and subfertility", *International Congress Series*, 1266, pp.277-286.
3. Cao Ngọc Thành (2011), Vô sinh do vòi tử cung phức tạp, Nhà xuất bản Đại học Huế.
4. 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 nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Đinh Bích Thuỷ (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
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Bùi Thị Phương Nga (2001), "Phẫu thuật nội soi trong điều trị vô sinh do nguyên nhân vòi trứng-phức tạp", *Hội thảo Việt Pháp-Các vấn đề mới trong Sản Phụ khoa*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.57-63.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Schmidt S., Wagner U., Krebs D. (2000), "Predicting the outcome of infertility surgery", *Arch Gynecol Obstet*, 264 (3), pp. 116 -8.
14. 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.
15. Watson A., Vandekerckhove P., Lilford R. (2000), "Techniques for pelvic surgery is subfertility", *Cochrane database Syst Rev*, (2), CD 000221.
 16. Milingos S.D., Kallipolitis G.K., Loutradis D.C., Liapi A.G., HassanE.A., Mavromatis C.G., Miaris S.G., Michalas S.P. (2000), "Lapasoscopic treatment of hydrosalpinx; factor affecting pregnancy rate", *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol7 (3) , pp. 355 - 361.
 17. 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.
 18. Johanson N.P., Watson A. (2000), "Cochrance review:Post- Operative procedures for Improving Fertility following pelvic reproductive Surgery", *Hum Reprod Update*, 6 (3), pp. 259-67.
 19. Camran R.N., Farr R.N., Anthony A.L. (1995), "Laparoscopy", *Operative Gycologic Laparoscopy: Principles and Techniques*, p.p 79-96.
 20. Herbert R. (1991), "Management of tubal infertility in the 1990s", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98(7), pp.619-23.