

KẾT QUẢ TRONG PHẪU THUẬT CỦA PHƯƠNG PHÁP NONG VÒI TỬ CUNG QUA NỘI SOI TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH

Nguyễn Bá Thiết✉, Nguyễn Viêt Tiên, Vũ Văn Du

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng là một trong những phương pháp điều trị vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung. Với 74 bệnh nhân vô sinh được thực hiện phương pháp này từ năm 2017 đến năm 2021, cho kết quả đánh giá ngay trong phẫu thuật như sau: Tỷ lệ bệnh nhân được nong vòi tử cung thành công là 43,2%. Khi phân tích đơn biến cũng như phân tích đa biến thì tỷ lệ nong vòi tử cung thành công trên bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng hoặc tắc đoạn kẽ vòi tử cung cao hơn những bệnh nhân có thời gian vô sinh trên 36 tháng hoặc tắc đoạn eo vòi tử cung. Việc khuyến cáo bệnh nhân thực hiện nong vòi tử cung sớm sau khi phát hiện vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung, cũng như tư vấn về khả năng thành công của phương pháp nong vòi tử cung dựa trên vị trí tắc của vòi tử cung trước phẫu thuật là cần thiết.

Từ khóa: Nong vòi tử cung, đoạn gần vòi tử cung.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung là vô sinh do tắc đoạn kẽ hoặc/và đoạn eo vòi tử cung, nguyên nhân này chiếm 10% - 25% những bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung.¹

Có 3 phương pháp để điều trị vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung: nong vòi tử cung, vi phẫu tái tạo đoạn gần vòi tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm. Trong đó, phương pháp nong vòi tử cung có thể được thực hiện dưới màn huỳnh quang tăng sáng, dưới siêu âm hoặc dưới nội soi. Còn dụng cụ để nong người ta có thể sử dụng dây dẫn (guidewire) đơn thuần, catheter kết hợp dây dẫn, bóng nong. Ngày nay với sự phát triển của nội soi thì phương pháp nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng đang được ưu tiên lựa chọn do có nhiều lợi điểm về kỹ thuật cũng như có tỷ lệ nong thành công và như tỷ lệ có thai tự nhiên sau nong cao hơn so với các phương pháp nong Vòi tử cung khác. Theo báo

cáo của một số tác giả, tỷ lệ nong vòi tử cung thành công trung bình bằng phương pháp này là 76% và tỷ lệ có thai sau nong vòi tử cung khoảng 39%.^{2,3} Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về phương pháp này. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã triển khai phương pháp nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng cho 74 bệnh nhân trong 4 năm từ năm 2017 đến 2021. Vậy nên báo cáo kết quả triển khai phương pháp này chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “kết quả trong phẫu thuật của phương pháp nong vòi tử cung qua nội soi trên bệnh nhân vô sinh” với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ thành công trong phẫu thuật và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung khi nong tắc vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp nội soi ổ bụng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 40 tuổi.

- Kinh nguyệt đều.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Bá Thiết

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Email: bacsithiet1983@gmail.com

Ngày nhận: 07/06/2022

Ngày được chấp nhận: 21/06/2022

- Được chẩn đoán xác định tắc đoạn gần vòi tử cung 2 bên cả trên phim chụp X-quang tử cung - vòi tử cung và trên nội soi ổ bụng (thông qua việc bơm xanh methylene không thấy thuốc qua loa vòi tử cung vào trong ổ bụng).

- Xét nghiệm Chlamydia âm tính.

- Chồng có xét nghiệm tinh dịch đồ bình thường theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tiền sử phẫu thuật can thiệp trên vòi tử cung.
- Có các tổn thương đoạn xa vòi tử cung: chít hẹp, ú nước, xơ cứng (đánh giá trên nội soi ổ bụng).

- Dính đặc vùng tiểu khung.

- Vô sinh do các nguyên nhân khác: do chồng, rối loạn nội tiết, dị dạng sinh dục, u xơ cơ tử cung, lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung, lạc nội mạc tử cung buồng trứng, dính buồng tử cung.

- Đang có viêm nhiễm phụ khoa cấp tính.

- Có chống chỉ định nội soi phẫu thuật.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Kỹ thuật được triển khai nghiên cứu từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 2 năm 2021 tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:⁵

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{(p - q)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó :

n: cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy = 1,96 (tương ứng với $\alpha = 0,05$)

P: tỷ lệ bệnh nhân nong tắc đoạn gần vòi tử cung thành công. Theo nghiên cứu của Hai Yan Hou và cộng sự năm 2014 tỷ lệ này là 61,9%.⁶

ϵ : giá trị tương đối, được chọn là 0,2

Thay các giá trị vào ta được cỡ mẫu tối thiểu phải có là 61. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được cỡ mẫu là 74 bệnh nhân.

Các biến số

Nong vòi tử cung thành công: đầu catheter nong qua đoạn tắc và qua hết được đoạn gần của vòi tử cung sang đoạn xa vòi tử cung. Sau đấy rút catheter và bơm xanhmetylen thuốc qua loa Vòi tử cung thì được xem đã nong tắc vòi tử cung thành công. Một bệnh nhân được đánh giá là nong thành công khi có ít nhất một vòi tử cung được nong thành công.

Nong vòi tử cung thất bại: đầu catheter không qua được đoạn tắc và/hoặc bơm xanhmetylen không qua loa vòi tử cung vào ổ bụng.

Các yếu tố liên quan

- Tuổi: ≤ 35 tuổi, > 36 tuổi.

- Thời gian vô sinh: ≤ 36 tháng, > 36 tháng.

- Vị trí tắc của Vòi tử cung: Đoạn kẽ, đoạn eo (Được xác định trên phim chụp tử cung - vòi tử cung).

- Số vòi tử cung được nong thành công trên mỗi bệnh nhân: nong thành công một vòi tử cung, nong thành công hai vòi tử cung.

- Mức độ dính phần phụ: Được đánh giá trong phẫu thuật theo bảng phân loại của Bruhat và cộng sự: không dính, dính nhẹ, dính vừa, dính nặng.⁷

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân trước phẫu thuật

Bệnh nhân vô sinh có tắc cả 2 Vòi tử cung trên phim chụp tử cung - vòi tử cung và thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Tiến hành phẫu thuật

- Nội soi ổ bụng chẩn đoán: xác định lại vòi tử cung thực sự tắc ở đoạn gần ở cả 2 vòi tử cung thông qua việc bơm xanhmethylen kiểm tra. Loại trừ những bệnh nhân chỉ tắc một Vòi tử cung, có tổn thương đoạn xa vòi tử cung, dính nặng vùng tiểu khung hoặc có các nguyên nhân vô sinh khác được phát hiện trên nội soi ổ bụng.

- Tiến hành nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung dưới kiểm soát của nội soi ổ bụng trên những bệnh nhân đã thỏa mãn các tiêu chuẩn trên. Việc đánh giá nong vòi tử cung thành công hay thất bại được thực hiện ngay trong cuộc phẫu thuật thông qua việc bơm xanhmethylen vào buồng tử cung để đánh giá độ thông của vòi tử cung sau nong.

- Tất cả 74 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật bởi một phẫu thuật viên là chuyên gia đầu ngành về phẫu thuật nội soi vô sinh.

Vật liệu, dụng cụ, máy móc sử dụng trong nghiên cứu

- Sử dụng dàn nội soi của hãng Karl Storz của Pháp.

- Catheter and guidewire: do hãng Cook Medical cung cấp, có đường kính 3Fr và dài 50 cm.

III. KẾT QUẢ

Trong vòng 4 năm chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nong tắc đoạn gần Vòi tử cung cho

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**Bảng 1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (N = 74)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)		
≤ 25	15	20,3
26 - 30	29	39,2
31 - 35	18	24,3
36 - 40	12	16,2

3. Xử lý số liệu

Quản lý và xử lý tất cả các số liệu theo chương trình SPSS 13.0. Dùng các test χ^2 và Fisher Exact Test để so sánh các tỷ lệ, đo lường tỷ suất chênh (OR) giữa việc nong Vòi tử cung thành công hay không thành công sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan. Tính trị số p và khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Sử dụng hồi quy logistic để phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ nong vòi tử cung thành công và các yếu tố liên quan.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức của nghiên cứu y học. Tất cả các bệnh nhân được mời tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu, những lợi ích lâu dài nhờ nghiên cứu này mang lại. Những thông tin có được từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho nghiên cứu này mà thôi. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà nội cũng như hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Trung ương số 1072/CN-PSTW chấp thuận ngày 13 tháng 10 năm 2016.

74 bệnh nhân. Trong đó, 32 bệnh nhân được nong thành công ít nhất một Vòi tử cung.

Đặc điểm	Số lượng (N = 74)	Tỷ lệ (%)
Thời gian vô sinh (tháng)		
≤ 36 tháng	24	32,4
> 36 tháng	50	67,6
Loại vô sinh		
Nguyên phát	28	37,8
Thứ phát	46	62,2
Vị trí tắc vòi tử cung		
Tắc kẽ	72	48,6
Tắc eo	76	51,4
Dính phần phụ		
Không dính	29	39,2
Dính nhẹ	15	20,2
Dính vừa	30	40,6

Bệnh nhân trong nghiên cứu này chiếm phần đa có tuổi dưới 35 tuổi, có thời gian vô sinh > 36 tháng và vô sinh nguyên phát. Tỷ lệ Vòi tử cung tắc đoạn kẽ, đoạn eo Vòi tử cung

tương ứng là 48,6% và 51,4%. Tỷ lệ không dính phần phụ, dính nhẹ, dính vừa tương lần lượt là 39,2%, 20,2%, 40,6%.

2. Kết quả nong vòi tử cung

Bảng 2. Kết quả nong vòi tử cung

Kết quả nong vòi tử cung	N = 74	Tỷ lệ %
Thành công	32	43,2
Một vòi tử cung	14	18,9
Hai vòi tử cung	18	24,3
Không thành công	42	56,8

Tỷ lệ bệnh nhân nong Vòi tử cung thành công là 43,2%. Trong đó 24,3% bệnh nhân được nong thành công cả 2 vòi tử cung và 18,9% thành công chỉ 1 vòi tử cung.

3. Kết quả nong vòi tử cung và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Liên quan giữa thời gian vô sinh và kết quả nong vòi tử cung

Thời gian vô sinh (tháng)	Kết quả nong vòi tử cung						OR (KTC 95%) Giá trị p
	Thành công (n = 32)		Không thành công (n = 42)		Tổng số (N = 74)		
	n	%	n	%	n	%	
≤ 36	15	62,5	9	37,5	24	100	OR=3,23 (95% KTC: 1,18 – 8,90) p = 0,021
> 36	17	34	33	66	50	100	

Tỷ lệ nông vôi tử cung thành công trên những bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng là 62,5% và trên những bệnh nhân có thời gian vô sinh trên 36 tháng là 34%. Tỷ lệ nông vôi tử cung thành công trên những bệnh

nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng có khả năng cao gấp 3,23 lần so với những bệnh nhân có thời gian vô sinh trên 36 tháng, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê ($P = 0,021$).

Bảng 4. Liên quan giữa vị trí tắc của Vòi tử cung và kết quả nông vôi tử cung

Vị trí tắc của vòi tử cung	Kết quả nông vôi tử cung						OR (KTC 95%) Giá trị p
	Thành công (n = 50)		Không thành công (n = 98)		Tổng số (N = 148)		
	n	%	n	%	n	%	
Đoạn kẽ	42	58,3	30	41,7	72	100	OR = 11,9 (KTC 95%: 3,98 - 38,29) p < 0,001
Đoạn eo	8	10,5	68	89,5	76	100	

Tỷ lệ nông thành công ở những vòi tử cung bị tắc đoạn kẽ là 58,3% và ở những vòi tử cung bị tắc đoạn eo là 10,5%. Tỷ lệ nông thành công những ở Vòi tử cung tắc đoạn kẽ có khả năng cao gấp 11,9 lần so với những vòi tử cung tắc đoạn eo, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4. Mô hình hồi quy Logistic về các yếu tố liên quan đến sự nông tắc thành công vòi tử

cung được xây dựng trên từng vòi tử cung: vòi tử cung trái và vòi tử cung phải

Do một bệnh nhân có thể có một bên vòi tử cung tắc đoạn kẽ, một bên vòi tử cung tắc đoạn eo, vậy nên không thể xây dựng mô hình hồi quy đa biến theo bệnh nhân trong đó có biến độc lập là vị trí tắc của vòi tử cung. Do đó chúng tôi thực hiện xây dựng mô hình hồi quy logistic đa biến theo vòi tử cung phải và vòi tử cung trái.

Bảng 5. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến về một số yếu tố liên quan với tỷ lệ nông vôi tử cung thành công ở vòi tử cung trái

Các yếu tố liên quan	Nông thành công vòi tử cung trái			
	OR thô (KTC 95%)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Thời gian vô sinh (tháng)				
≤ 36 tháng	4 (1,4 – 11,1)	0,008	6,4 (1,6 -25)	0,008
> 36 tháng	1	-	1	-
Tuổi (năm)				
≤ 35	0,3 (0,1 – 1,2)	0,1	0,5 (0,1 -2,4)	0,38
> 35	1	-	1	-
Vị trí tắc vòi tử cung				
Đoạn kẽ	14,1 (3,7 – 53,9)	< 0,001	18,7 (3,9 - 90)	< 0,001
Đoạn eo	1	-	1	-

Các yếu tố liên quan	Nong thành công vòi tử cung trái			
	OR thô (KTC 95%)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Dính phần phụ				
Không dính	1	-	1	-
Dính nhẹ	0,9 (0,3 - 3,3)	0,9	0,26 (0,05 - 1,5)	0,14
Dính vừa	1,2 (0,4 - 3,6)	0,7	0,63 (0,2 - 2,5)	0,5

Cỡ mẫu phân tích (N) = 74;

(-) không áp dụng;

Kiểm định tính phù hợp của mô hình (Hosmer and Lemeshow Test):

$$\chi^2 = 4,57; df = 8; p = 0,81$$

Tỷ lệ nong vòi tử cung thành công ở vòi tử cung trái có liên quan đến thời gian vô sinh ≤ 36 tháng (OR = 6,4, KTC 95%: 1,6 - 25) và vị trí tắc đoạn kẽ vòi tử cung (OR = 18,7, KTC 95%: 3,9 - 90).

Bảng 6. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến về một số yếu tố liên quan với tỷ lệ nong vòi tử cung thành công ở vòi tử cung phải

Các yếu tố liên quan	Nong thành công vòi tử cung phải			
	OR thô (KTC 95%)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Thời gian vô sinh (tháng)				
≤ 36 tháng	4,7 (1,6 - 13,7)	0,004	3,9 (1,2 - 13)	0,027
> 36 tháng	1	-	1	-
Vị trí tắc Vòi tử cung				
Đoạn kẽ	10,52 (3,25 - 34,04)	0,003	9,4 (2,76 - 31,66)	$< 0,001$
Đoạn eo	1	-	1	-

Cỡ mẫu phân tích (N) = 74;

(-) không áp dụng;

Kiểm định tính phù hợp của mô hình (Hosmer and Lemeshow Test):

$$\chi^2 = 0,33; df = 2; p = 0,85$$

Tỷ lệ nong vòi tử cung thành công ở vòi tử cung phải có liên quan đến thời gian vô sinh ≤ 36 tháng (OR = 4,4, KTC 95%: 1,2 - 16,1) và vị trí tắc đoạn kẽ vòi tử cung (OR = 10,6, KTC 95%: 2,9 - 38,1).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành kỹ thuật nong tắc đoạn gần vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng cho 74 trường hợp được xác định là vô sinh do tắc đoạn gần cả 2 vòi tử cung. Kết quả nong được đánh giá là thành công khi nong được thông ít nhất một vòi tử cung ngay trong

phẫu thuật. Có 32 trường hợp thành công, chiếm tỷ lệ 43,2%, trong đó 18 (24,3%) bệnh nhân được nong thành công cả 2 vòi tử cung và 14 (18,9%) bệnh nhân thành công chỉ 1 vòi tử cung.

Theo Hai Yan Hou và cộng sự năm 2014 nghiên cứu trên 168 bệnh vô sinh do tắc đoạn

gần vòi tử cung: 107 bệnh nhân tắc cả 2 vòi tử cung và 61 bệnh nhân chỉ tắc 1 bên Vòi tử cung. Tất cả những bệnh nhân này được chỉ định nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng. Tỷ lệ bệnh nhân được nong vòi tử cung thành công là 61,9%. Nhóm 107 bệnh nhân tắc cả 2 vòi

tử cung có 71 (66,6%) bệnh nhân được nong thành công ít nhất 1 vòi tử cung, trong đó 45 (42,1%) bệnh nhân được nong thành công cả 2 vòi tử cung và 26 (24,3%) bệnh nhân được nong thành công chỉ 1 vòi tử cung.⁶ Ngoài ra một số tác giả khác thực hiện nghiên cứu về kỹ thuật nong vòi tử cung này cũng cho kết quả:

Bảng 7. Tỷ lệ nong vòi tử cung thành công của một số nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Năm	Số bệnh nhân nghiên cứu	Tỷ lệ nong vòi tử cung thành công (%)
Mekaru và cộng sự ⁸	2011	61	37,1
Jacqueline Chung và cộng sự ⁹	2012	70	71,4
Hai Yan Hou và cộng sự ⁶	2014	168	61,9
Ikechebelu và cộng sự ¹⁰	2018	49	88,9
Siddiqui và cộng sự ¹¹	2021	58	88

Theo bảng trên cho thấy tỷ lệ nong vòi tử cung thành công của các nghiên cứu không tương đồng với nhau và đa phần là cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Theo Kamalini Das và cộng sự thì tỷ lệ thành công của nong tắc đoạn gần vòi tử cung ngoài phụ thuộc vào, dụng cụ, kỹ năng của phẫu thuật viên thì còn phụ thuộc rất nhiều vào nguyên nhân gây tắc vòi tử cung. Có nhiều nguyên nhân để dẫn đến tắc đoạn gần vòi tử cung như: viêm mãn tính niêm mạc vòi tử cung, viêm dạng nốt eo vòi tử cung, mảnh mô vụn, xơ hóa vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung... Trong nghiên cứu của Kamalini Das khi xét nghiệm giải phẫu bệnh đoạn gần trên những bệnh nhân đã nong vòi tử cung thất bại cho kết quả 93% nguyên nhân gây tắc vòi tử cung là xơ hóa Vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung, viêm dạng nốt eo vòi tử cung.¹² Những nguyên nhân trên thì chỉ khi làm giải phẫu bệnh vòi tử cung thì mới xác định được mà không thể xác định qua phim chụp X-quang tử cung - vòi tử cung hay trên nội soi ổ bụng. Mặt khác, đây là kỹ thuật được thực hiện đầu tiên tại Việt Nam

nên kết quả nong vòi tử cung thành công cũng chưa được như kỳ vọng. Trên đây là những lý do giải thích vì sao có sự khác nhau về kết quả nong vòi tử cung của các nghiên cứu.

Khi chúng tôi phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ nong vòi tử cung thành công với một số tổ nguy cơ, cho kết quả: không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, mức độ dính của vòi tử cung với tỷ lệ nong vòi tử cung thành công. Dính phần phụ có nguyên nhân chủ yếu xuất phát từ viêm phần phụ do vi khuẩn, ngoài ra có thể do cơ chế viêm vô khuẩn như lạc nội mạc tử cung hoặc do tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung. Tất cả những nguyên nhân trên đều có thể dẫn đến vô sinh. Theo Jacqueline P.W năm 2012 cũng cho kết luận tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện nong vòi tử cung bằng catheter qua nội soi trên 70 bệnh nhân từ năm 2005 đến 2010. Tác giả cũng cho rằng không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ nong tắc Vòi tử cung thành công với tuổi bệnh nhân ($p = 0,479$), tiền sử viêm nhiễm tiểu khung ($p = 0,072$) và tiền sử nhiễm chlamydia ($0,94$).⁹

Ngoài ra, theo bảng 3.5 và bảng 3.6 còn cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nong tắc vòi tử cung thành công với thời gian vô sinh và vị trí tắc của vòi tử cung trên cả vòi tử cung trái và vòi tử cung phải. Bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng hoặc có vị trí tắc đoạn kẽ vòi tử cung sẽ có khả năng nong tắc vòi tử cung thành công cao hơn những bệnh nhân có thời gian vô sinh trên 36 tháng hoặc có vị trí tắc vòi tử cung tại đoạn eo. Theo Huawei Shen và cộng sự năm 2020 khi thực hiện nong vòi tử cung trên 762 bệnh nhân vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung cũng đã cho kết luận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nong tắc vòi tử cung thành công giữa bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 5 năm và trên 5 năm (OR = 2,03, CI 95%: 1,06 - 3,85, p = 0,031). Đây là nghiên cứu có kết luận tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên theo Jacqueline P.W khi nghiên cứu trên 70 bệnh nhân thì không tìm thấy mối liên quan về thời gian vô sinh dưới 36 tháng và trên 36 tháng với tỷ lệ nong tắc vòi tử cung thành công (p = 0,405). Giữa hai tác giả này có hai kết luận khác nhau về thời gian vô sinh và kết quả nong vòi tử cung có lẽ do cách chia thời gian vô sinh khác nhau và đặc biệt cỡ mẫu trong nghiên cứu của Huawei Shen vượt trội hơn rất nhiều so với Jacqueline P.W. Hơn nữa Huawei Shen còn đưa ra khuyến cáo nên chỉ định nong vòi tử cung sớm sau khi phát hiện tắc đoạn gần Vòi tử cung để tăng cơ hội thành công.¹³

Có rất ít nghiên cứu đánh giá về mối liên quan giữa vị trí tắc của vòi tử cung và kết quả nong vòi tử cung. Chỉ có nghiên cứu của Huawei Shen thì cho kết luận về tỷ lệ nong vòi tử cung thành công giữa bệnh nhân tắc đoạn kẽ vòi tử cung và tắc đoạn gần vòi tử cung, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (OR = 0,52, CI 95%: 0,23 - 1,15, p = 0,12). Tuy nhiên, theo nhận định của Robert Woolcott thì hầu hết các nghiên cứu vi phẫu tái tạo lại đoạn gần vòi

tử cung có kết hợp làm giải phẫu bệnh đoạn gần được cắt đi thì không thấy xác định bệnh lý ở đoạn kẽ vòi tử cung mà chủ yếu đánh giá bệnh lý tại đoạn eo vòi tử cung như viêm xơ vòi tử cung, viêm dạng nốt ở eo vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung... và tác giả cũng giải thích cho việc này rằng do đoạn kẽ vòi tử cung đã phần bị tắc bởi các mảnh mô vụn hoặc những các tổ chức kết tinh vô định hình nên được loại bỏ mà không xác định đây là giải phẫu bệnh lý.¹⁴ Mà theo phân loại của Novy thì những nguyên nhân tắc vòi tử cung như mảnh mô vụn, chất kết tinh vô định hình, polyp thuộc nhóm nguyên nhân đáp ứng tốt với nong vòi tử cung, tức là dễ thành công hơn khi nong vòi tử cung. Còn những nguyên nhân như viêm xơ, lạc nội mạc tử cung, viêm dạng nốt ở eo vòi tử cung thuộc nhóm đáp ứng rất kém với nong vòi tử cung, tức là dễ thất bại hơn.¹⁵ Vậy nên có lẽ đây là lý do giải thích vì sao tỷ lệ nong tắc thành công trên những bệnh nhân tắc đoạn kẽ cao hơn tắc đoạn eo vòi tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 74 bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần 2 vòi tử cung được nong Vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung kết hợp nội soi ổ bụng, cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân được nong vòi tử cung thành công là 43,2%. Khi phân tích đơn biến cũng như phân tích đa biến thì tỷ lệ nong vòi tử cung thành công trên bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng hoặc tắc đoạn kẽ vòi tử cung cao hơn những bệnh nhân có thời gian vô sinh trên 36 tháng hoặc tắc đoạn eo vòi tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. M. Honoré, A. E. Holden, R. S. Schenken. Pathophysiology and management of proximal tubal blockage. *Fertil Steril*. 1999; 71(5): 785-795. doi:10.1016/s0015-0282(99)00014-x.

2. Allahbadia GN, Merchant R. Fallopian tube recanalization: lessons learnt and future challenges. *Women's health*. 2010; 6(4): 531-549.
3. Osada H, Kiyoshi Fujii T, Tsunoda I, Tsubata K, Satoh K, Palter SF. Outpatient evaluation and treatment of tubal obstruction with selective salpingography and balloon tuboplasty. *Fertil Steril*. 2000; 73(5): 1032-1036. doi:10.1016/s0015-0282(00)00412-x.
4. World Health Organization. *WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen*. 5th edition. World Health Organization; 2010. <https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/srhr-documents/infertility/examination-and-processing-of-human-semen-5ed-eng.pdf>.
5. Stephen Kaggwa Lwanga, Stanley Lemeshow, World Health Organization. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. World Health Organization; 1991. Accessed May 4, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>.
6. Hai Yan Hou, Chen YQ, Li TC, Hu CX, Chen X, Yang ZH. Outcome of laparoscopy-guided hysteroscopic tubal catheterization for infertility due to proximal tubal obstruction. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21(2): 272-278.
7. Bruhat MA, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Canis M. CO2 laser laparoscopy. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1989;3(3):487-497. doi:10.1016/S0950-3552(89)80005-7
8. Mekar K, Yagi C, Asato K, Masamoto H, Sakumoto K, Aoki Y. Hysteroscopic tubal catheterization under laparoscopy for proximal tubal obstruction. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284(6): 1573-1576. doi:10.1007/s00404-011-2007-6.
9. Chung JPW, Haines CJ, Kong GWS. Long-term reproductive outcome after hysteroscopic proximal tubal cannulation-an outcome analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012; 52(5): 470-475.
10. Joseph I. Ikechebelu, George U. Eleje, Prashant Bhamare, Ngozi N. Joe - Ikechebelu, Chidimma D. Okafor, Abdulhakeem O. Akintobi. Fertility Outcomes following Laparoscopy-Assisted Hysteroscopic Fallopian Tube Cannulation: A Preliminary Study. *Obstet Gynecol Int*. 2018; 2018: 7060459. doi:10.1155/2018/7060459.
11. Siddiqui M, Nusrat Ghafoor, Abdullah RS, et al. Laparoscopy Guided Hysteroscopic Tubal Cannulation: A Study on Fertility Outcome. *Bangladesh J Fertil Steril*. 2021; Vol.1(1): 18-22.
12. Kamalini Das, Nagel TC, Malo JW. Hysteroscopic cannulation for proximal tubal obstruction: a change for the better? Submitted in part to the World Congress of Gynecological Endoscopy, AAGL 22nd Annual Meeting, Santa Fe Springs, California, November 10 to 14, 1993. *Fertility and Sterility*. 1995; 63(5): 1009-1015. doi:10.1016/S0015-0282(16)57539-6.
13. Huawei Shen, Mingjin Cai, Tingwei Chen, et al. Factors affecting the success of fallopian tube recanalization in treatment of tubal obstructive infertility. *J Int Med Res*. 2020; 48(12): 0300060520979218. doi:10.1177/0300060520979218.
14. Robert Woolcott, Sonya Fisher, Jane Thomas, Wendy Kable. A randomized, prospective, controlled study of laparoscopic dye studies and selective salpingography as diagnostic tests of fallopian tube patency. *Fertility and Sterility*. 1999; 72(5): 879-884. doi:10.1016/S0015-0282(99)00382-9.
15. Novy M. Transhysteroscopic techniques for tubal catheterization. *References en Gynecologie Obstetrique*. Published online 1995: 67-71.

Summary

INTRAOPERATIVE RESULTS OF THE LAPAROSOPY- GUIDE HYSTEROSCOPIC TUBAL CAHTETERIZATION METHOD WITH INFERTILITY PATIENTS

Laparoscopy-guided hysteroscopic tubal catheterization is one of the treatments for infertility due to proximal tube obstruction. 74 infertility patients underwent this method from 2017 to 2021; the results of the intraoperative evaluation are as follows: The rate of patients who had a successful catheterization was 43.2%. Univariate as well as multivariate analysis shows that the success rate of catheterization in patients with infertility duration less than 36 months or interstitial segment occlusion was higher than in patients with infertility duration of more than 36 months or with isthmic segment occlusion. It is recommended that patients should receive tubal cannulation soon after the diagnosis of infertility due to proximal tubal occlusion, as well as have counseling on the probability of successful catheterization based on the site of the tubal occlusion.

Keyword: Tubal catheterization, proximal tubal obstruction.