

TÌNH TRẠNG VÒI TỬ CUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH CÓ TẮC ĐOẠN GẦN VÒI TỬ CUNG HAI BÊN TRÊN PHIM CHỤP TỬ CUNG - VÒI TỬ CUNG

Vũ Văn Du, Lê Thị Ngọc Hương
Nguyễn Thị Lập, Nguyễn Thị Hà và Nguyễn Bá Thiết✉
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Để chẩn đoán và điều trị vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung thì phẫu thuật nội soi là một trong những phương pháp được ưu tiên lựa chọn. Với 125 bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần vòi tử cung hai bên trên phim chụp tử cung - vòi tử cung (HSG - Hysterosalpingography) được thực hiện phẫu thuật nội soi từ năm 2017 đến năm 2023 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, cho kết quả: tỷ lệ vòi tử cung tắc thật đoạn gần là 68,8%, còn lại tắc giả với 31,2%. Ngoài ra, có 92,4% vòi tử cung tắc đoạn gần không có tổn thương đoạn xa. Trong khi đó, không có tổn thương đoạn xa vòi tử cung là điều kiện tốt để nong tắc đoạn gần vòi tử cung. Điều này cho thấy những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần vòi tử cung trên HSG có nhiều cơ hội được chỉ định nong tắc đoạn gần vòi tử cung. Nghiên cứu này còn chỉ ra nội soi vừa là phương tiện để chẩn đoán tình trạng vòi tử cung vừa là những phương pháp can thiệp điều trị dựa trên mức độ vòi tử cung trong những trường hợp vô sinh có tắc đoạn gần trên HSG.

Từ khóa: Tắc đoạn gần vòi tử cung, tổn thương vòi tử cung.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung (VTC) chiếm khoảng 10% - 25% vô sinh do VTC.¹ Theo Ủy ban thực hành hiệp hội y học sinh sản Hoa Kỳ năm 2021 thì tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định tắc đoạn gần VTC trên bệnh nhân vô sinh là chụp vòi tử cung chọn lọc hoặc nội soi ổ bụng (NSOB), còn chụp tử cung - vòi tử cung chỉ được chẩn đoán xác định khi trên phim chụp có kèm theo hình ảnh của viêm dạng nốt eo VTC.² Tại Việt Nam cho đến thời điểm hiện nay, chụp tử cung - vòi tử cung (HSG - Hysterosalpingography) gần như là phương tiện duy nhất và phổ biến để đánh giá độ thông của VTC trước phẫu thuật. Tuy nhiên, trong chẩn đoán tắc đoạn gần VTC, HSG có

tỷ lệ tắc giả từ 16% - 40% khi đối chiếu với nội soi ổ bụng, điều này được giải thích do sự co thắt của đoạn gần VTC khi chụp.³ Hơn nữa, sẽ không thể đánh giá được tổn thương đoạn xa VTC trên HSG khi thuốc cản quang không qua được đoạn gần. Trong trường hợp này thì nội soi ổ bụng (NSOB) đóng vai trò quan trọng để vừa chẩn đoán và tiên lượng tình trạng VTC vừa để can thiệp điều trị.^{3,4}

Từ năm 2017, phương pháp nong VTC qua soi buồng tử cung kết hợp với NSOB trên bệnh nhân vô sinh do tắc đoạn gần VTC lần đầu tiên được triển khai thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.⁵ Từ đây, trước những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần trên HSG thì phẫu thuật nội soi được lựa chọn nhằm chẩn đoán tình trạng VTC và đưa ra các hướng điều trị phù hợp như: nong tắc đoạn gần VTC, mở thông hay tạo hình loa VTC, thụ tinh trong ống nghiệm hoặc tiếp tục theo dõi có thai tự nhiên. Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào

Tác giả liên hệ: Nguyễn Bá Thiết

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Email: bacsithiet1983@gmail.com

Ngày nhận: 08/05/2024

Ngày được chấp nhận: 30/05/2024

đánh giá về độ thông của VTC cũng như tổn thương VTC chỉ trên những trường hợp được xác định có tắc đoạn gần VTC 2 bên trên HSG, do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả tình trạng vòi tử cung và các phương pháp xử trí trong phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần vòi tử cung hai bên trên phim chụp tử cung - vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân vô sinh đã được phẫu thuật nội soi ổ bụng và soi buồng tử cung.
- Được xác định có tắc đoạn gần cả 2 VTC trên HSG.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh án không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2023.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Chúng tôi lấy mẫu thuận tiện trên những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần cả 2 VTC trên HSG được phẫu thuật nội soi ổ bụng và soi buồng tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 10/2023 và thỏa mãn các tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu.

Cỡ mẫu của nghiên cứu này là 125 bệnh nhân.

Các biến số

Các biến số đánh giá tình trạng VTC trong phẫu thuật NSOB:

- Độ thông vòi tử cung: trong nội soi ổ bụng sẽ thực hiện bơm xanhmethylen vào buồng tử cung để đánh giá độ thông của VTC:
 - + Tắc đoạn gần VTC.
 - + Không tắc đoạn gần: thông hoặc tắc đoạn xa VTC.
- Mức độ tổn thương đoạn xa từng VTC theo Mage - Bruhat (1986) qua 4 mức độ⁶:

Bảng 1. Bảng đánh giá tổn thương đoạn xa VTC của Mage - Bruhat

Điểm số	Tổn thương			
	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

+ Độ I (Rất nhẹ): 2 - 5 điểm Độ III (Trung bình): 11 - 15 điểm

+ Độ II (Nhẹ): 6 -10 điểm Độ IV (Nặng): > 15 điểm

Qua cách đánh giá này để phân ra biến nhị phân về tổn thương đoạn xa VTC: không tổn

thương, có tổn thương (Độ I đến độ VI).

- Mức độ tổn thương VTC chung cho từng bệnh nhân⁷:

Dựa trên phân loại của Hull và Rutherford, chia tổn thương VTC ra 3 nhóm riêng biệt về tiên lượng khả năng có thai sau phẫu thuật: tốt,

trung bình, xấu. Khác với Mage - Bruhat, Hull và Rutherford có đưa thêm dính phần phụ làm tiêu chuẩn đánh giá mức độ tổn thương VTC.

Mức độ nhẹ (độ I): có tắc VTC nhưng chưa có xơ cứng hoặc giãn VTC, niêm mạc VTC bình thường, hoặc dính nhẹ quanh VTC buồng trứng.

Mức độ trung bình (độ II): tổn thương VTC nặng một bên, có hay không có tổn thương mức độ nhẹ VTC bên đối diện, dày dính VTC và/hoặc buồng trứng nhưng vẫn có thể phẫu thuật được.

Mức độ nặng (độ III)

Tổn thương nặng VTC hai bên: xơ hoá toàn bộ VTC, VTC giãn > 1,5cm, tắc cả đoạn xa và đoạn gần VTC.

Dính mức độ nặng (khó phẫu thuật).

- Các dạng tổn thương vòi tử cung được đánh giá qua nội soi ổ bụng:

+ Ứ dịch hoặc hít hẹp đoạn xa VTC.

+ Xơ cứng VTC.

+ Viêm dạng nốt eo VTC: được đánh giá trên HSG và trên nội soi ổ bụng.

- Dính phần phụ: Có dính, không dính.

Các phương pháp xử trí trong phẫu thuật nội soi:

- Nong tắc đoạn gần vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng (Nong).

- Nong tắc đoạn gần VTC và mở thông hoặc hình loa VTC bên đối diện (Nong + Mở thông).

- Mở thông VTC hoặc tạo hình loa VTC: do ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC (Mở thông).

- Kẹp hoặc cắt VTC (Kẹp - Cắt): do VTC bị tổn thương nặng cả 2 bên.

- Không can thiệp gì hoặc chỉ gỡ dính đơn thuần (Không can thiệp).

Một số biến khác

Tuổi: ≤ 35 tuổi, > 35 tuổi.

Loại vô sinh: Nguyên phát, thứ phát.

Thời gian vô sinh: ≤ 36 tháng, trên 36 tháng.

Xử lý và phân tích 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, tỷ suất chênh (OR) để so sánh các tỷ lệ. Tính trị số p và khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành qua việc thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án. Những thông tin có được từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho nghiên cứu này mà thôi.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi:

+ ≤ 35: 104 trường hợp (83,2%).

+ 36 - 39: 21 trường hợp (16,8%).

- Loại vô sinh:

+ Nguyên phát: 48 trường hợp (38,4%).

+ Thứ phát: 77 trường hợp (61,6%).

- Thời gian vô sinh:

+ ≤ 36 tháng: 40 trường hợp (32%).

+ > 36 tháng: 85 trường hợp (68%).

2. Tình trạng vòi tử cung trên nội soi ổ bụng

Bảng 1. Tắc đoạn gần và tổn thương đoạn xa VTC

Tình trạng VTC	Có tổn thương đoạn xa		Không tổn thương đoạn xa		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tắc đoạn gần	13	25,5	159	80	172	68,8
Không tắc đoạn gần	38	74,5	40	20	78	31,2
Tổng	51	100	199	100	250	100
OR (KTC 95%), Giá trị p		OR = 11,7 (5,3 - 26), p < 0,01				

Tỷ lệ tắc đoạn gần VTC là 68,8%, tỷ lệ VTC tắc giả đoạn gần: 31,2%.

Tỷ lệ VTC tắc đoạn gần trên những VTC không có tổn thương đoạn xa cao hơn 11,7 lần

tỷ lệ VTC tắc đoạn gần ở những VTC có tổn thương đoạn xa ($p < 0,01$).

Có 92,4% (159/172) VTC tắc đoạn gần không có tổn thương đoạn xa.

Bảng 2. Số lượng VTC tắc đoạn gần và tổn thương đoạn xa VTC

Số VTC tắc đoạn gần	Không tổn thương đoạn xa cả 2 VTC (n = 97)		Tổn thương đoạn xa ít nhất 1 VTC (n = 28)		Tổng (n = 125)	
	n	%	n	%	n	%
Tắc đoạn gần cả 2 VTC	74	92,5	6	7,5	80	100
Tắc đoạn gần chỉ 1 VTC	6	50	6	50	12	100
Không tắc đoạn gần cả 2 VTC	17	51,5	16	48,5	33	100

$p < 0,01$

92,5% không có tổn thương đoạn xa cả 2 VTC trên những bệnh nhân tắc đoạn gần cả 2 VTC, tỷ lệ này là 50% trên những bệnh nhân chỉ

tắc đoạn gần 1 VTC và 51,5% ở những bệnh nhân không tắc đoạn gần cả 2 VTC. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3. Các dạng tổn thương vòi tử cung

Các tổn thương VTC	n	%
Ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC	50	20
Xơ cứng VTC	8	3,2
Viêm dạng nốt eo VTC	6	2,4
Không có tổn thương	200	80

80% những VTC được xác định có tắc đoạn gần trên HSG không có tổn thương VTC khi đánh giá trên nội soi ổ bụng. Dạng tổn thương

VTC có tỷ lệ cao nhất là ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC với 20%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa dính phần phụ và tổn thương đoạn xa vòi tử cung

Tổn thương đoạn xa VTC	Dính phần phụ						OR (KTC 95%) Giá trị p
	Có (n = 63)		Không (n = 62)		Tổng số (n = 125)		
	n	%	n	%	n	%	
Có	25	89,3	3	10,7	28	100	OR = 12,9 (KTC 95%: 3,7 - 45,8) $p < 0,01$
Không	38	39,2	59	60,8	97	100	

Tỷ lệ dính phần phụ ở những bệnh nhân có tổn thương đoạn xa VTC có khả năng cao gấp 12,9 lần những bệnh nhân không có tổn thương

đoạn xa VTC Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3. Phương pháp xử trí trên nội soi ổ bụng

Bảng 5. Phương pháp xử trí trên nội soi ổ bụng và mức độ tổn thương vòi tử cung

Phương pháp xử trí	Không tổn thương, n (%)	Độ I n (%)	Độ II n (%)	Độ III n (%)	Tổng n (%)
Nong	80 (100)	0	0	0	80 (64)
Nong + Mở thông	0	3 (50)	3 (50)	0	6 (4,8)
Mở thông	0	0	11 (100)	0	11 (8,8)
Kẹp - Cắt	0	0	0	11 (100)	11 (8,8)
Không can thiệp	17 (100)	0	0	0	17 (13,6)
Tổng	97 (77,6)	3 (2,4)	14 (11,2)	11 (8,8)	125 (100)

64% bệnh nhân tắc đoạn gần trên HSG được chỉ định nong tắc đoạn gần VTC, trong đó 100% không có tổn thương VTC.

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá tình trạng VTC qua NSOB trong nghiên cứu này chúng tôi đề cập đến độ thông của vòi tử cung và các dạng tổn thương VTC. Tổn thương đoạn gần có: xơ cứng đoạn gần và viêm dạng nốt eo VTC. Tổn thương đoạn xa có ứ nước hoặc chít hẹp, xơ cứng đoạn xa VTC. Tổn thương xơ cứng có thể xuất hiện đơn độc hoặc ở cả đoạn gần và đoạn xa VTC. Trong nghiên cứu này có tới 80% VTC không có tổn thương, còn lại là các tổn thương như: ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC, xơ cứng và viêm dạng nốt eo VTC. Hai tổn thương xơ cứng, viêm dạng nốt eo VTC xuất hiện cùng với tổn thương chít hẹp VTC.

Theo bảng bảng 1 thì tỷ lệ VTC có tắc đoạn gần trên NSOB là 68,8%, điều này có nghĩa khi đánh giá lại trên NSOB những VTC được cho là tắc đoạn gần trên HSG thì 68,8% tắc thật và 31,2% VTC thông hay còn gọi là tắc giả. Kết quả này phù hợp với nhận định của Gautam Allahbadia và cộng sự năm 2010: HSG có tỷ

lệ dương tính giả (tắc giả) khi chẩn đoán tắc đoạn gần VTC khoảng 16 - 40%.³ Hơn nữa, theo bảng 2 có 80 (66%) trường hợp có tắc đoạn gần cả 2 VTC, 12 (9,6%) trường hợp tắc đoạn gần chỉ 1 VTC và 33 (26,4%) trường hợp không tắc đoạn gần cả 2 VTC. Còn theo tác giả Keiko Mekaru năm 2011 khi đánh giá lại tất cả những bệnh nhân được xác định có tắc đoạn gần cả 2 VTC trên HSG bằng NSOB cũng cho kết quả: 51,6% tắc cả hai VTC, 16,1% chỉ tắc 1 VTC và 32,2% thông đoạn gần cả hai VTC.⁸ Ngoài ra, Swart và cộng sự đã tiến hành một phân tích gộp gồm 20 nghiên cứu ở 4179 bệnh nhân nhằm xác định giá trị của HSG trong chẩn đoán độ thông vòi tử cung và tình trạng dính khi đối chiếu với đánh giá của NSOB. Kết quả cho thấy HSG có độ nhạy là 65% và độ đặc hiệu là 85% trong chẩn đoán sự thông thương của vòi tử cung.⁹ Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác trên thế giới cho thấy không thể sử dụng đơn độc HSG để chẩn đoán xác định tắc đoạn gần VTC cũng như độ thông VTC.

Khi nói đến hiệu quả của nong tắc đoạn gần VTC và tổn thương đoạn xa VTC, trong một tổng quan mô tả của Gautam Allahbadia

năm 2010 về các phương pháp nong VTC, tác giả cho rằng những trường hợp tắc đoạn gần VTC có kèm theo tổn thương đoạn xa VTC thì tỷ lệ có thai sau nong rất thấp, thậm chí có những nghiên cứu báo cáo không có trường hợp nào có thai. Từ đây, tác giả đưa ra khuyến cáo không nên thực hiện nong VTC trên những trường hợp tắc cả đoạn gần và đoạn xa VTC.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân tắc đoạn gần cả 2 VTC thì có tới 92,5% không tổn thương đoạn xa cả 2 VTC, còn trên những trường hợp tắc đoạn gần chỉ 1 VTC thì tỷ lệ này là 50%. Hơn nữa, nếu đánh giá trên từng VTC thì tỷ lệ VTC tắc đoạn gần và không có tổn thương đoạn xa cao hơn 11,7 lần tỷ lệ VTC tắc đoạn gần có tổn thương đoạn xa ($p < 0,01$). Trong khi đó, không có tổn thương đoạn xa VTC là điều kiện tốt để nong tắc đoạn gần VTC. Điều này cho thấy, những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần VTC trên HSG có nhiều cơ hội được chỉ định nong tắc đoạn gần VTC. Đây là phương pháp mang lại cơ hội có thai tự nhiên cho bệnh nhân.

Ở một số quốc gia trên thế giới trong đó có Hoa Kỳ sau khi phát hiện tắc đoạn gần VTC trên HSG của bệnh nhân vô sinh thì chụp VTC chọn lọc sẽ được chỉ định để chẩn đoán xác định có tắc đoạn gần VTC hay không. Thông qua chụp VTC chọn lọc nếu được chẩn đoán có tắc đoạn gần VTC thì nong VTC dưới màn huỳnh quang tăng sáng được tiến hành ngay trong khi chụp bằng cách luồn dây dẫn (hoặc cả catheter) đi qua catheter đầu cong mà đã sử dụng để chụp VTC chọn lọc. Nội soi ổ bụng được chỉ định khi nong VTC thất bại hoặc nong VTC thành công nhưng phát hiện có kèm theo tắc đoạn xa VTC. Trên NSOB nếu tắc đoạn gần VTC mà đoạn xa VTC chưa bị tổn thương sẽ thực hiện vi phẫu tái tạo lại đoạn gần VTC, còn nếu đoạn xa VTC đã bị tổn thương hoặc có dính nặng vùng tiểu khung thì sẽ chỉ định làm TTTON.¹⁰⁻¹² Tuy

nhiên, nhiều tác giả lại cho rằng tỷ lệ có thai sau nong VTC dưới màn huỳnh quang tăng sáng thấp và làm phơi nhiễm tia X cho bệnh nhân và nhân viên y tế, đồng thời không đánh giá được tình trạng tiểu khung, nên đã khuyến cáo NSOB chẩn đoán ngay sau khi xác định tắc đoạn gần VTC trên HSG. Thông qua NSOB sẽ đánh giá lại độ thông và mức độ tổn thương của VTC, từ đó đưa ra phương pháp xử trí phù hợp.^{3,4,13} Tại Việt Nam hiện nay, do không có chụp VTC chọn lọc nên nội soi ổ bụng sẽ đóng vai trò vừa chẩn đoán vừa can thiệp xử trí trên những bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần VTC trên HSG.

Trong nghiên cứu này, 64% bệnh nhân tắc đoạn gần trên HSG được chỉ định nong tắc đoạn gần VTC, đây là những bệnh nhân không có tổn thương cả hai VTC. Một nhóm bệnh nhân nữa chiếm tỷ lệ 4,8% cũng được chỉ định nong vòi tử cung kết hợp với mở thông hoặc tạo hình VTC do có một bên VTC tắc đoạn gần và chưa có tổn thương VTC, bên VTC còn lại có ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC. 4,8% bệnh nhân được mở thông hoặc tạo hình đoạn xa VTC do có ứ dịch đoạn xa hoặc chít hẹp loa VTC hai bên và mức độ tổn thương VTC trung bình. 8,8% bệnh nhân được kẹp hoặc cắt VTC để thụ tinh trong ống nghiệm sau phẫu thuật do VTC hai bên tổn thương nặng như ứ nước gây giãn mỏng thành VTC hoặc xơ cứng thành VTC. 13,6 % không cần can thiệp gì hoặc có can thiệp gỡ dính phần phụ được chỉ định có thai tự nhiên do VTC không bị tổn thương.

Như vậy có thể nói, không phải tất cả các trường hợp vô sinh có tắc VTC đoạn gần trên HSG đều được chỉ định nong đoạn gần VTC, do VTC có thể thông khi kiểm tra lại trên nội soi ổ bụng hoặc do VTC bị tổn thương nặng nên không có chỉ định nong. Nội soi ổ bụng giúp đánh giá chính xác tình trạng VTC để cho phương pháp can thiệp điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả của nghiên cứu này chúng tôi đưa ra một số kết luận:

Khi đánh giá lại qua NSOB những trường hợp tắc đoạn gần VTC trên HSG thì tỷ lệ VTC tắc thật đoạn gần là 68,8%, còn lại tắc giả với 31,2%. Ngoài ra, có 48,1% có tổn thương đoạn xa ít nhất một VTC. Do đó, để chẩn đoán xác định tắc đoạn gần cũng như đánh giá tổn thương đoạn xa VTC cần kết hợp cả HSG và NSOB. HSG có vai trò sàng lọc những bệnh nhân có tắc đoạn gần VTC, còn NSOB có vai trò chẩn đoán xác định trên những bệnh nhân này.

Không phải tất cả các trường hợp được xác định có tắc đoạn gần trên HSG đều có chỉ định nong VTC bởi vì khi đánh giá lại qua NSOB thì VTC có thể thông hoặc bị tổn thương. Do đó, nội soi ổ bụng là phương tiện chẩn đoán tình trạng VTC vừa là phương pháp can thiệp điều trị trong những trường hợp này. Bệnh nhân vô sinh tắc đoạn gần VTC trên HSG có nhiều cơ hội được chỉ định nong VTC do qua đánh giá trên NSOB thì 92,4% VTC tắc đoạn gần không có tổn thương đoạn xa.

VI. KIẾN NGHỊ

Đối với bệnh nhân vô sinh khi có tắc đoạn gần VTC 2 bên trên HSG:

Nên chỉ định nội soi ổ bụng đánh giá độ thông cũng như các tổn thương của VTC, từ đó làm căn cứ để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

Vì không thể đánh giá và tiên lượng được tình trạng tổn thương VTC trước phẫu thuật nên cần tư vấn cho bệnh nhân đầy đủ các phương pháp có thể xử trí trong nội soi ổ bụng tùy thuộc vào tình trạng VTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Practice Committee of the American

Society for Reproductive Medicine. Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;103(6):e37-e43. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.03.032

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2021;115(5):1143-1150. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.01.051

3. Allahbadia GN, Merchant R. Fallopian tube recanalization: lessons learnt and future challenges. *Women's Health*. 2010;6(4):531-549.

4. Silva PMD, Chu JJ, Gallos ID, et al. Fallopian tube catheterization in the treatment of proximal tubal obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2017;32(4):836-852. doi:10.1093/humrep/dex022

5. Nguyễn Bá Thiết, Nguyễn Viêt Tiên, Vũ Văn Du. Kết quả của phương pháp nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng trên bệnh nhân vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021;139(3):78-85. doi:10.52852/tcncyh.v139i3.106

6. Bruhat MA, Wattiez A, Mage G, et al. CO₂ laser laparoscopy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1989;3(3):487-497. doi:10.1016/S0950-3552(89)80005-7

7. Rutherford AJ, Jenkins JM. Hull and Rutherford classification of infertility. *Hum Fertil*. 2002;5(sup1):S41-S45. doi:10.1080/1464727022000199911

8. Mekar K, Yagi C, Asato K, et al. 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. Swart P, Mol BW, Veen FV der, et al.

The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: A meta-analysis. *Fertil Steril*. 1995;64(3):486-491. doi:10.1016/s0015-0282(16)57781-4

10. Pyra K, Szmygin M, Dymara-Konopka W, et al. The pregnancy rate of infertile patients with proximal tubal obstruction 12 months following selective salpingography and tubal catheterization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;254:164-169. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.08.008

11. Kohi MP. Interventional Radiologist's Approach to Fallopian Tube Recanalization. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2021;24(1):100736. doi:10.1016/j.tvir.2021.100736

12. Gomel V. Reconstructive Tubal Surgery. In: *Te Linde's Operative Gynecology*. 11th ed. Wolters Kluwer; 2014:366-402.

13. Das S, Nardo LG, Seif MW. Proximal tubal disease: the place for tubal cannulation. *Reprod Biomed Online*. 2007;15(4):383-388. doi:10.1016/s1472-6483(10)60362-8

Summary

FALLOPIAN CONDITION AND TREATMENT METHODS IN INFERTILITY PATIENTS WITH BILATERAL PROXIMAL TUBAL OBSTRUCTION ON HYSTEOSALPINGOGRAPHY

To diagnose and treat infertility due to proximal tubal obstruction, laparoscopic surgery is one of the preferred methods. With 125 infertile patients with bilateral proximal tubal obstruction on hysterosalpingography (HSG) performed laparoscopic surgery from 2017 to 2023 at the National of Obstetrics and Gynecology Hospital, the results were obtained. The rate of true proximal VTC occlusion is 68.8%, the remaining pseudo-occlusion rate is 31.2%. In addition, 92.4% of proximal tubal obstruction had no distal damages. Meanwhile, no distal damage is a good condition for Fallopian tube recanalization. This shows that infertile patients with proximal tubal obstruction on HSG have a high chance of being prescribed Fallopian tube recanalization. This study also shows that laparoscopy is both a means to diagnose Fallopian tube problems and a treatment intervention method based on the level of tubal damages in cases of infertility with proximal tubal obstruction on the HSG.

Keywords: Proximal tubal obstruction, tubal damage.