

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DÍNH BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Hoàng¹, Cù Chiến Thắng², Phạm Tuấn Linh³
và Nguyễn Thái Giang^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị dính buồng tử cung bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025. Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 96 bệnh nhân được chẩn đoán dính buồng tử cung và điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung. Nhóm tuổi 35 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%). Tỷ lệ tách dính hoàn toàn đạt 83,3%, trong khi 16,7% trường hợp được tách dính một phần. Chỉ ghi nhận 1 trường hợp thủng tử cung trong mổ, không có biến chứng nghiêm trọng khác. Sau 3 tháng theo dõi, 68,8% bệnh nhân có cải thiện tình trạng kinh nguyệt. Kết quả chụp tử cung - vòi tử cung sau điều trị cho thấy hình thái khoang tử cung được cải thiện rõ rệt, với 61,5% trường hợp trở về bình thường; tỷ lệ dính buồng tử cung mức độ nặng giảm còn 3,1%. Sau thời gian theo dõi trung bình 7 tháng, tỷ lệ có thai đạt 29,2%. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với dính buồng tử cung, góp phần phục hồi cấu trúc giải phẫu khoang tử cung, cải thiện chức năng kinh nguyệt và nâng cao khả năng sinh sản ở người bệnh.

Từ khóa: Dính buồng tử cung, hội chứng Asherman, soi buồng tử cung, vô sinh, phẫu thuật tách dính.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính buồng tử cung (DBTC) là tình trạng hình thành các dải xơ trong khoang tử cung do tổn thương lớp đáy nội mạc tử cung, gây dính một phần hoặc toàn bộ thành tử cung và làm biến dạng khoang tử cung.¹ Đây là một trong những nguyên nhân quan trọng gây rối loạn kinh nguyệt, sảy thai liên tiếp và vô sinh ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các nguyên nhân thường gặp của DBTC bao gồm các thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung liên quan đến thai nghén như nạo hút thai, nạo buồng tử cung sau sảy thai, thai lưu hoặc sót rau sau sinh. Ngoài ra, các phẫu thuật trong buồng tử cung, viêm

nội mạc tử cung và một số bệnh lý phụ khoa khác cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Theo Hooker và cộng sự, tỷ lệ DBTC sau sảy thai dao động từ 6,3% đến 19,1%, đặc biệt tăng lên ở những phụ nữ có tiền sử can thiệp buồng tử cung nhiều lần.²

Hiện nay, soi buồng tử cung được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị DBTC. Phẫu thuật soi buồng tử cung cho phép đánh giá trực tiếp vị trí, mức độ dính và thực hiện tách dính dưới quan sát trực tiếp nhằm phục hồi hình thái khoang tử cung. Nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp này giúp cải thiện rõ rệt tình trạng kinh nguyệt, phục hồi cấu trúc giải phẫu buồng tử cung và nâng cao khả năng mang thai sau điều trị.^{2,3} Bên cạnh kỹ thuật phẫu thuật, các biện pháp dự phòng tái dính và theo dõi sau điều trị cũng đóng vai trò

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thái Giang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Nguyenthaigiang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 05/06/2026

Ngày được chấp nhận: 15/06/2026

quan trọng trong việc duy trì hiệu quả lâu dài.⁴

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã ghi nhận hiệu quả tích cực của phẫu thuật soi buồng tử cung trong điều trị DBTC. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu được thực hiện trên cỡ mẫu còn hạn chế hoặc chưa phản ánh đầy đủ những thay đổi trong thực hành lâm sàng hiện nay khi các kỹ thuật nội soi và các biện pháp hỗ trợ chống tái dính ngày càng được cải tiến. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là cơ sở chuyên khoa đầu ngành về sản phụ khoa, tiếp nhận và điều trị số lượng lớn bệnh nhân DBTC từ nhiều tỉnh thành trên cả nước. Do đó, việc đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tại bệnh viện có ý nghĩa thực tiễn trong việc hoàn thiện chiến lược quản lý và nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dính buồng tử cung bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương giai đoạn 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán dính buồng tử cung và điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các trường hợp được chẩn đoán dính buồng tử cung và được điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không được đánh giá lại bằng chụp tử cung - vòi tử cung hoặc soi buồng tử cung sau phẫu thuật từ 1 đến 3 tháng.

- Các trường hợp dị dạng tử cung bẩm sinh (tử cung hai sừng, tử cung một sừng, tử cung

nhi hóa, tử cung có vách ngăn).

- Bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính cổ tử cung.
- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp hoặc huyết học nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là số bệnh nhân cần cho nghiên cứu; p = 0,80 là tỷ lệ tách dính thành công sau phẫu thuật soi buồng tử cung của TS Lê Thị Anh Đào năm 2020; q = 1 - p = 0,20; d = 0,08 là mức sai lệch tương đối; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Như vậy, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 96 bệnh nhân. Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- *Địa điểm:* Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- *Thời gian nghiên cứu:* bệnh nhân nhập viện từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Mức độ dính buồng tử cung khi soi buồng tử cung.
- Phương pháp tách dính được sử dụng.
- Biện pháp dự phòng tái dính sau phẫu thuật.
- Tai biến và biến chứng trong quá trình điều trị.
- Đặc điểm kinh nguyệt sau phẫu thuật.
- Kết quả chụp lại buồng tử cung sau điều trị.
- Tình trạng có thai sau điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá**Bảng 1. Mức độ dính khi chụp phim HSG đánh giá theo phân loại MEC⁵**

Mức độ dính	Tiêu chuẩn
Nhẹ	< 1/3 khoang tử cung bị tắc nghẽn
Trung bình	1/3 - 2/3 khoang tử cung bị tắc nghẽn
Nặng	> 2/3 khoang tử cung bị tắc nghẽn

Bảng 2. Mức độ dính buồng tử cung khi soi buồng tử cung đánh giá theo phân loại ESH³

Mức độ	Tiêu chuẩn
Độ I	Dính mỏng, dễ dàng tách được bằng Optic, nhìn rõ 2 lỗ vòi tử cung.
Độ II	Dính ít, hình thành cầu nối giữa các thành của buồng tử cung, chỉ dùng Optic không tách dính được, vẫn quan sát được 2 lỗ vòi.
Độ III	Dính nhiều, chắc, dính nối các phần của buồng tử cung, dính tắc vòi tử cung 1 bên.
Độ IV	Dính chắc lan tỏa, các thành buồng tử cung hòa vào nhau, tắc cả 2 lỗ vòi tử cung.

Thu thập số liệu

Các thông tin nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất. Dữ liệu bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả theo dõi sau phẫu thuật.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số và tỷ lệ (%) đối với các biến định tính; giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng.

Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Mọi thông tin thu thập được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã được

thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phụ sản Trung ương số 683/ CN-PSTW ngày 26/3/2026.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu bao gồm 96 bệnh nhân dính buồng tử cung được điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $33,69 \pm 5,11$ tuổi, dao động từ 23 đến 46 tuổi. Nhóm tuổi 35 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%), tiếp theo là nhóm 25 - 29 tuổi (24,0%) và nhóm 30 - 34 tuổi (18,8%).

Về tiền sử sản khoa, hút thai là can thiệp thường gặp nhất, được ghi nhận ở 83 bệnh nhân (86,5%). Tiền sử nạo hút sau sảy thai và nạo sót rau sau đẻ gặp với tỷ lệ lần lượt là 6,2% và 7,3%. Kết quả này cho thấy các can thiệp vào buồng tử cung liên quan đến thai nghén, đặc biệt là hút thai, là yếu tố nguy cơ chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3. Mức độ dính trên phim HSG trước mổ và khi soi buồng tử cung

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ dính trên HSG		
Nhẹ	40	41,7
Trung bình	47	49,0
Nặng	9	9,4
Mức độ dính khi soi buồng tử cung		
Độ I	2	2,1
Độ II	48	50,0
Độ III	39	40,6
Độ IV	7	7,3
Tổng	96	100,0

Trên phim chụp tử cung - vòi tử cung trước phẫu thuật, dính buồng tử cung mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (49,0%), tiếp theo là dính mức độ nhẹ (41,7%). Dính buồng tử cung mức độ nặng chiếm 9,4% tổng số trường hợp

nghiên cứu. Kết quả soi buồng tử cung cho thấy dính buồng tử cung độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), tiếp theo là độ III (40,6%). Dính buồng tử cung độ I và độ IV chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 2,1% và 7,3%.

Bảng 4. Các phương pháp tách dính trên soi buồng tử cung và phương pháp chống tái dính

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp tách dính		
Dao điện	94	97,9
Nén Hegar	2	2,1
Phương pháp chống dính		
Vòng kinh nhân tạo	74	77,1
Gel chống dính	3	3,1
Bóng chống dính	1	1,0
Không áp dụng	18	18,8
Tổng	96	100

Trong phẫu thuật soi buồng tử cung, dao điện là phương pháp tách dính được sử dụng chủ yếu với tỷ lệ 97,9%, trong khi chỉ có 2,1% trường hợp được tách dính bằng nén Hegar. Sau phẫu thuật, vòng kinh nhân tạo là biện pháp chống

tái dính được áp dụng nhiều nhất (77,1%). Các phương pháp khác như gel chống dính và bóng chống dính được sử dụng với tỷ lệ thấp, lần lượt là 3,1% và 1,0%. Có 18,8% trường hợp không áp dụng biện pháp chống tái dính sau mổ.

Bảng 5. Kết quả tách dính buồng tử cung và tai biến của phẫu thuật

Kết quả tách dính	Quan sát được 2 lỗ vòi n (%)	Quan sát được 1 lỗ vòi n (%)	Không quan sát được lỗ vòi n (%)	Tổng (%)
Tách dính hoàn toàn	79 (98,8)	1 (1,2)	0 (0,0)	80 (83,3)
Tách dính được một phần	3 (18,8)	6 (37,5)	7 (43,7)	16 (16,7)
Tổng	82	7	7	96

Tai biến trong mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có tai biến	90	93,8
Chảy máu	5	5,2
Thủng tử cung	1	1,0
Tổng	96	100,0

Tỷ lệ tách dính hoàn toàn đạt 83,3%. Trong nhóm tách dính hoàn toàn, 98,8% trường hợp quan sát được cả hai lỗ vòi tử cung. Ngược lại, ở nhóm tách dính một phần, tỷ lệ không quan sát được lỗ vòi tử cung là 43,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả tách

dính và khả năng quan sát lỗ vòi tử cung sau phẫu thuật ($p < 0,001$).

Phần lớn các trường hợp phẫu thuật không ghi nhận tai biến (93,8%). Chảy máu trong mổ gặp ở 5,2% trường hợp và chỉ có 1 trường hợp thủng tử cung, chiếm 1,0%.

Bảng 6. Liên quan triệu chứng kinh nguyệt trước và sau phẫu thuật

Tình trạng kinh nguyệt	Trước phẫu thuật n (%)	Sau phẫu thuật n (%)
Bình thường	17 (17,7)	63 (65,6)
Kinh ít	73 (76,0)	31 (32,3)
Mất kinh	6 (6,3)	2 (2,1)

Tình trạng kinh nguyệt của bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có kinh nguyệt bình thường là 17,7%, kinh ít chiếm 76,0% và mất kinh chiếm 6,3%. Sau phẫu thuật, tỷ lệ có kinh

nguyệt bình thường tăng lên 65,6%, trong khi tỷ lệ kinh ít giảm xuống 32,3% và tỷ lệ mất kinh giảm còn 2,1%. Sự thay đổi phân bố tình trạng kinh nguyệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 7. Kết quả chụp lại buồng tử cung và tình hình có thai sau phẫu thuật

Kết quả chụp lại sau 1-3 tháng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không dính	59	61,5
Dính nhẹ	22	22,9
Dính trung bình	12	12,5
Dính nặng	3	3,1
Tình hình có thai sau 7 tháng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có thai	28	29,2
Không có thai	68	70,8
Tổng	96	100,0

Kết quả chụp tử cung - vòi tử cung sau phẫu thuật cho thấy 59/96 bệnh nhân (61,5%) không còn hình ảnh dính buồng tử cung. Tỷ lệ bệnh nhân còn dính mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 22,9%, 12,5% và 3,1%.

Sau 7 tháng theo dõi, có 28/96 bệnh nhân có thai, chiếm tỷ lệ 29,2%. Trong số các trường hợp có thai, 22 trường hợp mang thai tự nhiên (78,6%), 5 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) (17,9%) và 1 trường hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) (3,6%).

IV. BÀN LUẬN

Soi buồng tử cung hiện được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị dính buồng tử cung nhờ khả năng quan sát trực tiếp khoang tử cung, đánh giá chính xác vị trí và mức độ tổn thương, đồng thời cho phép tách dính dưới sự kiểm soát trực tiếp của phẫu thuật viên.^{3,4} Trong nghiên cứu của chúng tôi, dao điện được sử dụng trong gần như toàn bộ các trường hợp (97,9%). Việc lựa chọn phương tiện này chủ yếu dựa trên đặc điểm tổn thương và kinh nghiệm thực hành tại trung tâm nghiên cứu, giúp tách dính hiệu quả dưới quan sát trực tiếp. Tỷ lệ tách dính hoàn toàn đạt 83,3%, tương đương với kết quả của Lê Thị Anh Đào (80%) và nằm trong khoảng 70 - 90% được báo

cáo trong nhiều nghiên cứu quốc tế.⁶⁻⁸ Kết quả này tiếp tục khẳng định hiệu quả của phẫu thuật soi buồng tử cung trong việc tái lập cấu trúc giải phẫu của buồng tử cung ngay cả ở những trường hợp tổn thương tương đối phức tạp.

Một phát hiện đáng chú ý trong nghiên cứu là sự khác biệt giữa tỷ lệ tách dính hoàn toàn trong phẫu thuật (83,3%) và tỷ lệ buồng tử cung trở về bình thường trên HSG sau 3 tháng (61,5%). Điều này cho thấy việc tái lập khoang tử cung trong mổ không đồng nghĩa hoàn toàn với sự phục hồi giải phẫu bền vững trong giai đoạn hậu phẫu. Tái dính vẫn là một trong những thách thức lớn nhất trong điều trị dính buồng tử cung, đặc biệt ở những bệnh nhân có tổn thương nội mạc tử cung lan rộng hoặc tổn thương sâu tới lớp đáy nội mạc.^{9,10} Yang và cộng sự ghi nhận nguy cơ tái dính tăng đáng kể ở những bệnh nhân có dính lan rộng hoặc liên quan vùng sừng tử cung và eo tử cung, nhấn mạnh vai trò của theo dõi sau phẫu thuật trong đánh giá hiệu quả điều trị lâu dài.¹¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dính nặng giảm từ 9,4% xuống còn 3,1% sau điều trị. Đồng thời, 61,5% bệnh nhân có hình ảnh buồng tử cung trở về bình thường trên HSG sau 3 tháng. Kết quả này cho thấy phẫu thuật soi buồng tử cung có khả năng phục hồi đáng

kể hình thái khoang tử cung và duy trì sự thông thoáng của buồng tử cung trong quá trình lành thương. HSG sau điều trị có giá trị quan trọng trong đánh giá khách quan mức độ phục hồi cấu trúc khoang tử cung. Khác với các chỉ số lâm sàng như tình trạng kinh nguyệt hoặc kết quả mang thai vốn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau, HSG cho phép đánh giá trực tiếp hình thái khoang tử cung sau điều trị.¹² Nghiên cứu của Barel và cộng sự cho thấy hình thái khoang tử cung sau điều trị có liên quan chặt chẽ đến khả năng mang thai, nhấn mạnh vai trò của việc phục hồi cấu trúc buồng tử cung trong tiên lượng kết quả sinh sản lâu dài.¹⁰ Do đó, HSG sau điều trị có thể được xem là một chỉ số bổ sung hữu ích trong đánh giá hiệu quả phẫu thuật và theo dõi sau điều trị dính buồng tử cung.

Mặc dù các khuyến cáo gần đây của AAGL và ESGE ưu tiên sử dụng gel acid hyaluronic hoặc các dụng cụ tạo khoảng cách trong buồng tử cung nhằm giảm nguy cơ tái dính, tuy nhiên tỷ lệ sử dụng các biện pháp này trong nghiên cứu còn thấp.³ Do đó, chúng tôi chưa đủ cơ sở để đánh giá ảnh hưởng của từng phương pháp đối với kết quả điều trị. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn và tỷ lệ áp dụng các biện pháp chống dính hiện đại cao hơn là cần thiết để làm rõ vấn đề này.

Sự phục hồi kinh nguyệt sau điều trị là một chỉ dấu quan trọng phản ánh chức năng nội mạc tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có kinh nguyệt bình thường tăng từ 17,7% trước phẫu thuật lên 65,6% sau phẫu thuật, trong khi tỷ lệ kinh ít và vô kinh giảm đáng kể ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các báo cáo được công bố của Roy và Yu, trong đó cải thiện kinh nguyệt được xem là biểu hiện lâm sàng sớm của quá trình tái tạo nội mạc tử cung sau tách dính.^{9,13} Về mặt cơ chế, việc loại bỏ các dải xơ giúp gia tăng diện tích nội mạc còn chức năng, cải thiện tưới máu tại chỗ và

tạo điều kiện thuận lợi cho sự tăng sinh nội mạc dưới tác động của estrogen sau phẫu thuật.² Vì vậy, cải thiện kinh nguyệt không chỉ phản ánh sự phục hồi về triệu chứng mà còn cho thấy sự cải thiện về chức năng sinh học của nội mạc tử cung.

Khả năng sinh sản là mục tiêu điều trị lâu dài quan trọng nhất ở bệnh nhân dính buồng tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có thai sau phẫu thuật đạt 29,2% sau 7 tháng theo dõi. Đáng chú ý, trong số 28 trường hợp có thai sau điều trị, có tới 22 trường hợp mang thai tự nhiên, chiếm 78,6%, trong khi IVF và IUI chỉ chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,9% và 3,6%. Kết quả này cho thấy sau phẫu thuật tách dính, phần lớn bệnh nhân có khả năng thụ thai tự nhiên mà không cần hỗ trợ sinh sản. Do vậy phẫu thuật tách dính có thể góp phần phục hồi hình thái khoang tử cung và cải thiện môi trường thuận lợi cho sự làm tổ của phôi, từ đó tăng khả năng thụ thai tự nhiên. Tuy nhiên, một số trường hợp vẫn cần đến các biện pháp hỗ trợ sinh sản, có thể liên quan đến tuổi người bệnh, dự trữ buồng trứng suy giảm hoặc các nguyên nhân vô sinh phối hợp khác ngoài dính buồng tử cung. Mặc dù thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế, kết quả này vẫn cho thấy khả năng phục hồi chức năng sinh sản đáng kể sau điều trị. Valle và Sciarra ghi nhận tỷ lệ có thai sau điều trị dao động từ 57% đến 93% tùy theo mức độ dính buồng tử cung, trong đó kết quả tốt nhất đạt được ở nhóm dính nhẹ.⁸ Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ dao động từ 40 - 60% tùy theo mức độ dính và thời gian theo dõi.⁶ Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi độ tuổi tương đối cao của nhóm nghiên cứu ($33,69 \pm 5,11$ tuổi), tỷ lệ bệnh nhân trên 35 tuổi lớn, cũng như thời gian theo dõi chỉ 7 tháng. Ngoài ra, khả năng mang thai còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác như dự trữ buồng trứng, chức năng vòi tử cung, chất lượng tinh trùng và các nguyên nhân vô sinh phối hợp. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, không ghi nhận trường hợp có thai nào ở nhóm dính nặng, phù hợp với nhận định rằng tiên lượng sinh sản phụ thuộc chặt chẽ vào mức độ tổn thương nội mạc tử cung và khả năng tái tạo nội mạc sau điều trị.^{6,8}

Phẫu thuật soi buồng tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính an toàn cao với 93,8% trường hợp không gặp tai biến. Chỉ ghi nhận 5 trường hợp chảy máu trong mổ và 1 trường hợp thủng tử cung. Tỷ lệ biến chứng thấp tương đồng với các nghiên cứu trước đây, khẳng định đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn và tương đối an toàn khi được thực hiện tại các trung tâm chuyên khoa có kinh nghiệm.^{3,14}

Nghiên cứu có một số ưu điểm đáng chú ý. Đây là nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên số lượng bệnh nhân tương đối lớn tại một bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về sản phụ khoa. Ngoài việc đánh giá kết quả giải phẫu trong phẫu thuật, nghiên cứu còn sử dụng HSG để đánh giá khách quan sự phục hồi của buồng tử cung sau điều trị, đồng thời khảo sát cả kết quả kinh nguyệt và khả năng sinh sản. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu tại một bệnh viện chuyên khoa nên khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Thứ hai, thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá đầy đủ tỷ lệ tái dính và kết quả sinh sản lâu dài. Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến khả năng mang thai hoặc nguy cơ tái dính sau phẫu thuật. Ngoài ra, tỷ lệ sử dụng gel acid hyaluronic và các biện pháp chống dính hiện đại còn thấp nên chưa thể đánh giá đầy đủ hiệu quả của từng phương pháp dự phòng tái dính.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật soi buồng tử cung là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với dính buồng tử cung, với tỷ lệ tách dính hoàn toàn đạt 83,3% và tỷ lệ biến chứng thấp. Sau điều trị, 61,5% bệnh nhân có hình ảnh buồng tử cung

bình thường trên HSG sau 3 tháng, cho thấy sự phục hồi đáng kể về mặt giải phẫu và giảm rõ rệt tình trạng dính nặng. Đồng thời, phẫu thuật giúp cải thiện chức năng kinh nguyệt và khả năng sinh sản, với tỷ lệ có thai đạt 29,2% sau 7 tháng theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asherman JG. Amenorrhoea Traumatica (Atretica). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1948; 55(1): 23-30. doi:10.1111/j.1471-0528.1948.tb07045.x.
2. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, et al. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: Prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Human Reproduction Update*. 2014; 20(2): 262-278. doi:10.1093/humupd/dmt045.
3. AAGL Elevating Gynecologic Surgery. AAGL practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). *Gynecol Surg*. 2017; 14(1): 6. doi:10.1186/s10397-017-1007-3.
4. Hooker AB, de Leeuw RA, Emanuel MH, Mijatovic V, Brolmann HAM, Huirne JAF. The link between intrauterine adhesions and impaired reproductive performance: a systematic review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22: 837. doi:10.1186/s12884-022-05164-2.
5. Dave A, Drizi A, Manchanda R. Diagnostic hysteroscopy in intrauterine adhesions. *The Trocar*. 2023; 4(1): 105-119. doi:10.36205/trocar1.2023011.
6. March CM. Management of Asherman's syndrome. *Reprod Biomed Online*. 2011; 23(1): 63-76. doi:10.1016/j.rbmo.2010.11.018.
7. Thị Anh Đào L, Biên Thùy N, Ngọc Minh N. Nhận xét kết quả điều trị soi buồng tử cung

tách dính tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 510(2). doi:10.51298/vmj.v510i2.1990.

8. Valle RF, Sciarra JJ. Intrauterine adhesions: Hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1988; 158(6): 1459-1470. doi:10.5555/uri:pii:0002937888903821.

9. Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC. Asherman syndrome-one century later. *Fertility and Sterility*. 2008; 89(4): 759-779. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.02.096.

10. Barel O, Krakov A, Pansky M, Vaknin Z, Halperin R, Smorgick N. Intrauterine adhesions after hysteroscopic treatment for retained products of conception: what are the risk factors? *Fertility and Sterility*. 2015; 103(3): 775-779. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.11.016.

11. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang YS, Chen MJ. The influence of the location and

extent of intrauterine adhesions on recurrence after hysteroscopic adhesiolysis. *BJOG*. 2016; 123(4): 618-623. doi:10.1111/1471-0528.13353.

12. Soares SR, dos Reis MMBB, Camargos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. *Fertility and Sterility*. 2000; 73(2): 406-411. doi:10.1016/S0015-0282(99)00532-4.

13. Roy KK, Baruah J, Sharma JB, Kumar S, Kachawa G, Singh N. Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in patients with infertility due to Asherman's syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 281(2): 355-361. doi:10.1007/s00404-009-1117-x.

14. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Santangelo F, et al. The Role of Hysteroscopy in the Diagnosis and Treatment of Adenomyosis. *Biomed Res Int*. 2017; 2017: 2518396. doi:10.1155/2017/2518396.

Summary

OUTCOMES OF HYSTEROSCOPIC SURGERY FOR INTRAUTERINE ADHESIONS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The study aimed to evaluate the outcomes of hysteroscopic surgery for the treatment of intrauterine adhesions at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2024 to December 2025. A retrospective descriptive study was conducted on 96 patients diagnosed with intrauterine adhesions and treated with hysteroscopic surgery. 43.8% of patients are within the 35 – 39-years old age group. Complete adhesiolysis represented 83.3%, while 16.7% of cases underwent partial adhesiolysis. Only one case of intraoperative uterine perforation was recorded, and no other serious complications were observed. After 3 months of follow-up, 68.8% of patients showed improvement in menstruation. Post-treatment hysterosalpingography demonstrated a marked improvement in uterine cavity morphology, with 61.5% of cases returning to normal and the percentage of severe intrauterine adhesions decreasing to 3.1%. After a mean follow-up period of 7 months, the pregnancy rate was 29.2%. The study results showed that hysteroscopic adhesiolysis is an effective and safe treatment for intrauterine adhesions, contributing to the restoration of uterine cavity anatomy, improvement of menstrual function, and enhancement of fertility potential in affected patients.

Keywords: Intrauterine adhesions, Asherman syndrome, hysteroscopy, infertility, adhesiolysis.