

## **NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH DO TẮC VÒI TỬ CUNG**

**NGUYỄN THỊ THẢO - Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vô sinh do tắc vòi tử cung chiếm khoảng 75,4% trong tổng số vô sinh thứ phát do nữ và khoảng 20-25% trong tổng số vô sinh nói chung [1]. Chẩn đoán các tổn thương trên vòi tử cung chủ yếu dựa vào 2 phương pháp chính: chụp kiểm tra tử cung và vòi tử cung bằng bơm thuốc có cản quang (HSG-hysterosalpingogram) và mổ nội soi. Tuy nhiên, nội soi tương đối đắt tiền, tốn kém thời gian và cần phải có gây mê can thiệp, nên HSG tuy không có độ chính xác đến 100%, nhưng hiện nay vẫn là phương pháp đầu tay để chẩn đoán tình trạng của vòi tử cung trên bệnh nhân vô sinh, do thông dụng, dễ làm và ít tốn kém. Vô sinh do vòi tử cung, nhất là dính tắc cả 2 bên vòi tử cung tương đối nan giải, tốn kém nhưng lại ít hiệu quả, thường phải mổ nội soi để giải quyết dính,

tắc. Nếu phương pháp này không thành công, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là giải pháp cuối cùng.

Vì thế, mặc dù vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung tuy là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của phụ nữ, nhưng lại khó điều trị, tốn kém thời gian và tiền bạc, tỷ lệ thành công không cao. Tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung tại bệnh viện Phụ sản Thanh hoá hiện nay là 36,6% trong tổng số phụ nữ đến khám và điều trị vô sinh hiếm muộn tại khoa Hỗ trợ sinh sản [5]. Tuy nhiên, đây lại là một trong những nguyên nhân vô sinh có thể cảnh báo trước, có thể phòng tránh được, nếu tiền sử bệnh tật của bệnh nhân được kiểm soát và điều trị theo đúng qui trình. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh chứng này nhằm 2 mục tiêu:

Đánh giá một số yếu tố về tiền sử bệnh tật của phụ nữ được coi là có liên quan đến vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung.

Đưa ra một số khuyến cáo nhằm giảm tỷ lệ vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung ở phụ nữ.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU, XỬ LÝ SỐ LIỆU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng

+ Bệnh: Là những trường hợp vô sinh được chẩn đoán nguyên nhân do vòi tử cung tại khoa Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá bằng phương pháp chụp tử cung vòi trứng hoặc mổ nội soi, hoặc cả hai trong thời gian 2006-2009

+ Chứng: Là những trường hợp có thai (được xem như VTC bình thường) đến khám định kỳ hoặc đến sinh tại bệnh viện có cùng độ tuổi với bệnh, trong cùng thời gian bệnh được chẩn đoán.

**Phương pháp chọn mẫu:** Mẫu bệnh viện, chọn theo mẫu thuận tiện, lựa chọn toàn bộ bệnh nhân đạt tiêu chí lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

Nhập và phân tích số liệu trên chương trình Stata Version 10.0.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Tóm tắt một số đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm	Bệnh (n=190) Tần suất(%)	Chứng (n=190) Tần suất(%)	Chung Tần suất (%)	Giá trị p
Tuổi				
<25	24 (12,63)	24 (12,63)	48 (12,63)	0,7
25-29	53 (45,69)	63 (33,16)	116 (30,53)	
30-34	67 (35,26)	59 (31,05)	126 (33,16)	
≥ 35	46 (24,21)	44 (23,16)	90 (23,68)	
Vị trí địa lý				0,03
Thành thị	60 (31,6)	62 (32,6)	122 (32,1)	
Nông thôn	96 (50,5)	111 (58,4)	207 (54,5)	
Miền núi	34 (17,9)	17 (8,9)	51 (13,4)	
Nghề nghiệp				0,01
Cán bộ	57 (30)	69 (36,32)	126 (33,16)	
Công nhân	30 (15,79)	12 (6,32)	42 (11,05)	
Nghề tự do	103 (54,21)	109 (57,37)	212 (55,79)	
Trình độ học vấn				0,1
Mù chữ và tiểu học	26 (13,68)	16 (8,42)	42 (11,05)	
Trung học cơ sở	30 (15,79)	38 (20)	68 (17,89)	
Trung học	69 (36,32)	56 (29,47)	125 (32,89)	
THCN, ĐH và sau ĐH	65 (34,21)	80 (42,11)	145 (38,16)	
Dân tộc				0,001
Kinh	157 (82,63)	172 (90,53)	329 (86,58)	
Mường	13 (6,84)	15 (7,89)	28 (7,37)	
Khác	20 (10,53)	3 (1,58)	23 (6,05)	
Tình trạng hôn nhân				0,000
1 lần	156 (82,54)	182 (89,42)	338 (89,42)	
≥ 2	33 (17,46)	7 (3,70)	40 (10,58)	
Điều kiện kinh tế				0,3
Nghèo	41 (21,59)	34 (17,89)	75 (19,74)	
Bình thường và trên mức bình thường	149 (78,42)	156 (82,11)	305 (80,26)	

Như vậy, trong nhóm nghiên cứu bệnh –chứng này có sự khác biệt giữa các vùng địa lý: nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%), thành thị là 32,1% và miền núi ít nhất 13,4%, với p-value có ý nghĩa thống kê ở mức <0,05. Các tiêu số khác như nghề nghiệp, dân tộc và tình trạng hôn nhân có sự khác biệt lớn rất có ý nghĩa thống kê với p-value ở mức <0,01. Các yếu tố còn lại không có sự khác biệt đáng kể.

#### 2. Phân tích một số yếu tố nguy cơ tổn thương vòi tử cung trên một số nhóm bệnh nhân.

##### 2.1. Mối liên hệ giữa tiền sử dùng các biện pháp tránh thai và nguy cơ vô sinh do VTC

Bảng 2: Tiền sử dùng các BPTT và nguy cơ vô sinh do VTC:

Đặc điểm	Bệnh (n=190)	Chứng (n=190)	OR crude	95% CI	Giá trị p
Có dùng BPTT	74 (38,95)	110 (57,89)	0,46	0,30-0,71	0,000
Đã từng có đặt vòng	62 (32,63)	78 (41,05)			0,089
Số lần đặt vòng			0,69	0,45-1,1	0,000
1 lần	32 (51,61)	63 (80,77)	3,94	1,75-9,00	
2 lần	26 (41,94)	15 (19,23)			
≥ 3	4 (6,45)	0 (0,00)			0,854
Số năm đặt vòng			1,02	0,32-3,46	
1-2 năm	7 (11,29)	9 (11,54)			
2-5 năm	21 (33,87)	23 (29,49)			
>5 năm	34 (54,84)	46 (58,97)			

Có sự khác biệt đáng kể về tiền sử dùng các BPTT ở nhóm bệnh và nhóm chứng với p-value <0,001. Điều này có thể giải thích được vì phần lớn nhóm bệnh đều đang mong con nên ít dùng BPTT. Có hay không dùng BPTT không phải là yếu tố nguy cơ cho vô sinh do VTC. Tiền sử có đặt vòng, số năm đặt vòng trong nghiên cứu này cũng không ảnh hưởng đến tình trạng VTC. Nhưng số lần đặt vòng cho thấy làm tăng nguy cơ vô sinh do vòi tử cung. Cứ mỗi lần lấy vòng ra và đặt lại, nguy cơ vô sinh do VTC tăng gấp gần 4 lần (95% CI 1,75-9,00), với p-value rất có ý nghĩa thống kê (p <0,001). Tổng quan y văn tại Việt Nam và trên thế giới chưa thấy nghiên cứu nào đặt vấn đề về vấn đề này.

##### 2.2. Mối liên quan giữa tiền sử có phẫu thuật vùng tiểu khung và vô sinh do VTC.

Bảng 3: Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nguy cơ vô sinh do vòi tử cung:

Loại phẫu thuật	Bệnh (n=190)	Chứng (n=190)	OR crude	95% CI	Giá trị p
Mổ đẻ	18 (9,47)	31 (16,32)	0,54	0,27-1,04	0,04
GEU	32 (16,84)	12 (6,35)	3,0	1,44-6,62	0,001
Mổ VPM ruột thừa	12 (6,32)	4 (2,11)	3,3	0,93-13,55	0,04
Mổ khác ở vùng tiểu khung	31 (16,32)	13 (6,84)	2,65	1,29-5,72	0,004

Qua bảng phân tích cho thấy trong số các loại phẫu thuật tại vùng chậu, mổ chữa ngoài tử cung và viêm phúc mạc ruột thừa làm tăng nguy cơ vô sinh do vòi tử cung gấp 3 lần so với những người không có tiền sử mổ (95% CI = 1,44-6,62, và 0,93-13,55). Các loại mổ khác, chủ yếu là mổ cắt u buồng trứng, mổ bóc tách nhân xơ tử cung và mổ do lạc NMTC cũng

làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC hơn 2,5 lần (95% CI = 1,29-5,72). Có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm bệnh và chứng về tiền sử mổ đẻ, nhưng đây không phải là yếu tố nguy cơ cho vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung (OR = 0,54).

Theo tác giả Saraswat và cộng sự, qua phân tích một nghiên cứu bệnh chứng trên 202 ca bệnh và 18376 ca chứng, không thấy có mối liên quan giữa mổ đẻ và vô sinh do VTC. Tuy nhiên, tiền sử viêm phần phụ làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC gấp hơn 17 lần (OR 17.3, 95% CI 10.9, 27.6), tiền sử chữa ngoài tử cung làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC gấp gần 13 lần (OR 12.8, 95% CI 7.1, 23.1).

#### 2.4. Mối liên quan giữa tiền sử viêm nhiễm và vô sinh do VTC

Bảng 4: Tiền sử viêm nhiễm và nguy cơ vô sinh do VTC

Đặc điểm	Bệnh (n=190)	Chứng (n=190)	OR crude	95% CI	Giá trị p
Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục					
Có viêm đường sinh dục dưới	54 (28,57)	88 (46,32)			
Có viêm phần phụ	70 (37,04)	34 (17,89)	1,39	1,08-1,80	0,01
Nơi khám bệnh			45,5	16,31-174,09	0,00
Bệnh viện	37 (34,91)	17 (20,48)			
TTYT-TYT	30 (28,3)	29 (34,94)	1,5	1,11- 2,09	0,2
Hệ thống tư nhân	32 (30,19)	30 (36,14)			
Khác hoặc không chắc chắn	7 (6,6)	7 (8,43)			
Điều trị viêm nhiễm	75 (94,94)	97 (98,98)	5,2	0,55-48,33	0,1
Có điều trị	4 (5,06)	1 (1,02)			
Không điều trị					
Đã từng khám cho bạn tình	13 (16,25)	9 (9,0)	1,9	0,78-4,89	0,1
Đã từng điều trị cho bạn tình	30 (33,33)	34 (31,48)	0,9	0,46-1,55	0,8

Như vậy, tiền sử viêm nhiễm làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC gấp ít nhất gần 1,5 lần so với người không có viêm nhiễm, đặc biệt người có viêm phần phụ có nguy cơ vô sinh do vòi tử cung gấp 45 lần so với người không có viêm phần phụ. Việc người bệnh có hay không có điều trị trước đây cũng làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC gấp hơn 5 lần.

Nghiên cứu của Torres- Sanchez L. và cộng sự cho thấy rằng quan hệ tình dục sớm, tiền sử có viêm nhiễm vùng chậu, làm tăng rất có ý nghĩa thống kê nguy cơ vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung.

Chúng tôi có cố gắng phân tích các loại vi khuẩn gây viêm nhiễm đường sinh dục, tuy nhiên chỉ có thể xét nghiệm được loại vi khuẩn gây viêm nhiễm hiện tại vào thời điểm bệnh nhân đến khám bệnh. Phần lớn bệnh nhân đi khám trước đây không được xét nghiệm hoặc không nhớ được loại vi khuẩn gây viêm nhiễm đường sinh dục cho mình.

Trong một báo cáo của WHO cho thấy rằng tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở các nước Bắc Mỹ và Tây Âu là 19 và 20%, trong khi đó tỷ lệ này ở Bắc Mỹ và Đông á lần lượt là 21 và 7%, ở Sub-Saharan Africa và Tây bắc châu Á là 119 và 50%. Theo báo cáo của WHO và Larsen, tỷ lệ vô sinh ở một số nước châu Phi (Cộng hoà Trung Mỹ, Cameroon và Nigeria), tỷ lệ vô sinh đã giảm một cách ngoạn mục từ 30-40% ở những thập kỷ 50s và 60s xuống chỉ còn 6% năm 1994. Có lẽ do đã giảm được 30-40% tần suất mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở các nước này.

#### 2.5. Mối liên quan giữa tiền sử nạo sảy thai và vô sinh do VTC

Bảng 5: Tiền sử nạo, sảy thai và nguy cơ vô sinh do VTC

Đặc điểm	Bệnh (n=190)	Chứng (n=190)	OR crude	95% CI	Giá trị p
Đã từng có nạo hoặc sảy thai, thai lưu	135 (71,05)	80 (42,11)	3,4	2,16-5,29	0,000
Số lần nạo phá thai					
1 lần	54 (60,67)	25 (43,10)			
2 lần	18 (20,22)	13 (22,41)	1,1	0,96-1,45	0,06
≥ 3 lần	17 (19,10)	20 (34,48)			
Số lần nạo sảy hoặc thai lưu					
1 lần	38 (73,08)	26 (78,79)			
≥ 2 lần	14 (26,92)	7 (21,21)	1,6	0,48-3,88	0,01
Tuổi thai (lớn nhất)					
≤ 8 tuần	43 (31,85)	22 (27,50)			
9-12 tuần	62 (45,93)	23 (28,75)	0,7	0,46-0,93	0,003
≥ 13 tuần	30 (22,22)	35 (43,75)			
Phương pháp NHT					
Dùng thuốc	3 (2,27)	5 (6,25)			
Can thiệp thủ thuật	90 (66,67)	54 (67,50)	3,7	1,88-7,41	0,001
Cả hai	15 (11,11)	19 (23,75)			
Không chắc chắn	27 (20,00)	2 (2,50)			
Nơi nạo làm thủ thuật					
Bệnh viện	16 (11,85)	23 (28,75)			
TTYT-TYT	47 (34,81)	21 (26,25)	1,5	1,12-2,09	0,005
Hệ thống tư nhân	56 (41,48)	33 (41,25)			
Khác hoặc không chắc chắn	16 (11,85)	3 (3,75)			
Trình độ người NHT					
Bác sỹ	79 (58,52)	72 (90,00)	2,2	1,59-3,04	
BS không chuyên khoa, ĐDV hoặc NHS	10 (7,41)	2 (2,50)	1,1	0,7-1,5	
Khác hay không chắc chắn	46 (34,07)	6 (7,50)	5,0	1,1-22,8	0,000
Kháng sinh					
Có dùng kháng sinh	91 (67,41)	71 (89,87)	4,4	1,86-11,32	0,002
Không dùng hoặc không nhớ	44 (32,59)	8 (10,13)			
Có tai biến muộn	86 (63,70)	14 (17,50)	8,3	4,05-17,5	0,000

sau thủ thuật				
---------------	--	--	--	--

Những người có tiền sử nạo sảy thai, thai lưu có nguy cơ bị vô sinh do nguyên nhân VTC cao gấp khoảng 2 lần so với những người không có tiền sử nạo thai (95% CI = 1.29-3.12). Số lần nạo, sảy thai hoặc tuổi thai hoặc nơi làm thủ thuật không phải là yếu tố nguy cơ cao cho vô sinh do VTC. Tuy nhiên phương pháp nạo hút thai (dùng thuốc hoặc dùng dụng cụ nạo hút) làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC tới 3,7 lần. Trình độ của người làm thủ thuật có thể làm tăng nguy cơ vô sinh hơn 2 lần, không dùng kháng sinh sau thủ thuật làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC 4,4 lần và đặc biệt, những trường hợp có tai biến hoặc biến chứng sau thủ thuật như nhiễm khuẩn, sót rau sau thủ thuật có thể làm tăng nguy cơ vô sinh do VTC gấp 8,3 lần so với những người không có các tai biến này.

Tần suất nạo phá thai ở Việt Nam tương đối cao. Đặc biệt, nạo phá thai trên những người sẵn có tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục hoặc nạo phá thai "không an toàn" (không đúng kỹ thuật, không được dùng kháng sinh, không được theo dõi...) dễ đưa đến tổn thương vòi tử cung và sau đó là vô sinh thứ phát so với những người không có viêm nhiễm hoặc "nạo phá thai an toàn" [3], [7].

GS Mai cho thấy khoảng 83% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có ít nhất một lần nạo hút thai, trong số này có tới 50% các ca nạo hút thai không đảm bảo vô khuẩn và 57,3% các ca không được theo dõi sau nạo phá thai [3]. Một nghiên cứu khác cũng tại Thanh Hoá, tần suất gặp của nạo phá thai là 76% [4]. Phùng Huy Tuấn và cộng sự mặc dù không cho rằng nạo phá thai có thể làm tăng nguy cơ vô sinh thứ phát một cách có nghĩa thống kê nhưng lại cho thấy phụ nữ có tiền sử nạo phá thai có nguy cơ vô sinh thứ phát gấp 2,5 lần so với phụ nữ không có tiền sử nạo phá thai [6].

Nghiên cứu bệnh-chứng của Torress- Sanchez L. và cộng sự tại Mexico lại cho rằng không thấy mối liên quan chặt chẽ giữa nạo phá thai và bệnh lý tại vòi tử cung. Tác giả cũng đưa ra giả thuyết cho rằng số dĩ nạo phá thai không có mối liên quan chặt chẽ với nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung là do phương pháp nạo phá thai được coi là "an toàn hơn" đang dùng hiện tại tại Mexico.

Escobar và một số tác giả khác thấy tỷ lệ vô sinh thứ phát tăng cao gấp 3-4 lần ở phụ nữ có tiền sử nạo phá thai so với phụ nữ không có tiền sử nạo phá thai, đồng thời cũng cho rằng nạo phá thai có ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ vô sinh thứ phát sau này, đặc biệt là 2 vòi tử cung là vùng dễ bị tổn thương, nếu bị viêm nhiễm rất dễ làm cho 2 vòi tử cung dính, tắc lại [8].

### 3. Các yếu tố nguy cơ cao cho vô sinh do vòi tử cung.

Bảng 6: Tổng hợp các yếu tố nguy cơ cao gây vô sinh do vòi tử cung:

Yếu tố nguy cơ	Adjusted OR	95% CI	p-value
Đặt vòng từ 2 lần trở lên	3,9	1,75-9,00	0,0002
Tiền sử mổ GEU	3,0	1,44-6,62	0,001
Tiền mổ VPM ruột thừa	3,3	0,93-13,55	0,04
Tiền sử các VM khác vùng tiểu khung	2,6	1,31-5,07	0,004

Viêm phần phụ	45,5	16,31-174,09	0,000
Tiền sử có nạo-sảy-thai	3,4	2,26-5,29	0,000
Có tai biến muộn sau thủ thuật	8,3	4.04-17.05	0.000
Không dùng KS sau thủ thuật	4,4	1,86-11,32	0,002

Nhóm có nguy cơ vô sinh do VTC cao nhất là nhóm có viêm phần phụ với OR hiệu chỉnh là 45,5 (95% CI =16,31-174,09). Bản thân nạo phá thai hay đặt vòng, hay các thủ thuật có liên quan đến vùng chậu không làm tăng một cách có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ vô sinh do nguyên nhân tại vòi tử cung, nhưng nếu những thủ thuật, phẫu thuật này không vô khuẩn, hoặc thực hiện trên những bệnh nhân có sẵn viêm nhiễm nhưng không được điều trị và theo dõi hợp lý sẽ làm tăng một cách đáng kể tổn thương vòi tử cung và dẫn đến vô sinh sau này. Ví dụ có tai biến sau thủ thuật (OR=8,3; 95% CI = 4.04-17.05), không dùng kháng sinh sau thủ thuật.

Nhiều tác giả cũng có quan điểm cho rằng nếu có can thiệp thủ thuật trên bệnh nhân có sẵn viêm nhiễm vùng chậu thì nguy cơ tổn thương vòi tử cung sẽ là rất lớn.

### 4. Những khuyến nghị nhằm ngăn ngừa nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung

Tắc vòi tử cung là nguyên nhân hay gặp nhất trong vô sinh nữ, chiếm tỷ lệ trung bình tới 74,5% [1] trong vô sinh thứ phát. Nguyên nhân hàng đầu của bệnh lý này đang được cho là do viêm nhiễm đường sinh dục, đặc biệt là các bệnh lý lây lan qua đường tình dục, các thủ thuật, phẫu thuật có liên quan đến cơ quan sinh dục và vùng tiểu khung, tiền sử đặt vòng nhiều lần, bệnh lý lạc nội mạc tử cung [1], [2]. Vô sinh do vòi trứng điều trị tương đối tốn kém, hiệu quả điều trị không cao, do đó việc đưa ra những biện pháp ngăn ngừa có thể làm giảm được một trong những nguyên nhân hay gặp mà có thể tránh được này. Như vậy, để bảo vệ khả năng sinh đẻ và sức khỏe sinh sản của người phụ nữ, hệ thống y tế cần phải nâng cao nhận thức của cộng đồng, cả nhân viên y tế và khách hàng, cụ thể là những vấn đề sau:

Cần có một hệ thống chăm sóc sức khỏe đồng bộ, cung cấp thông tin tuyên truyền, tổ chức hệ thống khám chữa bệnh cho phụ nữ từ tuyến cơ sở để khám phụ khoa định kỳ, xác định các bệnh lây nhiễm để điều trị vì các bệnh phụ khoa, đặc biệt các bệnh lây lan qua đường tình dục cấp tính nếu được điều trị tốt có thể làm giảm tỷ lệ vô sinh.

Xét nghiệm và điều trị triệt để các bệnh lý viêm nhiễm phụ khoa, đặc biệt là các bệnh lây lan qua đường tình dục

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ còn muốn sinh thêm con phải được tư vấn, giáo dục tốt về các biện pháp phòng tránh thai, không được xem nạo phá thai như là một biện pháp ngừa thai để tránh nguy cơ tổn thương vòi tử cung sau này.

Khi thao tác các thủ thuật, phẫu thuật trên người phụ nữ, đặc biệt khi người phụ nữ bắt buộc phải lựa chọn phá thai, phải được thăm khám kỹ lưỡng để đánh giá các bệnh lây nhiễm, chọn phương pháp nạo

phá thai an toàn, được điều trị và theo dõi chặt chẽ sau nạo phá thai. Cơ sở được lựa chọn để cung cấp dịch vụ nạo phá thai phải đảm bảo các yêu cầu cơ bản cả về cơ sở vật chất, điều kiện vô trùng và chất lượng chuyên môn của người cung cấp dịch vụ để giảm thiểu các tai biến tại chỗ cũng như tai biến lâu dài sau này, cụ thể là tai biến do dính buồng tử cung, hoặc tổn thương vòi tử cung.

Nên có một hệ thống chăm sóc sức khỏe đặc biệt dành cho phụ nữ ở các vùng sâu, vùng xa, những phụ nữ có trình độ văn hoá thấp, không có điều kiện kinh tế. Những phụ nữ này nếu có vấn đề khó khăn trong việc sinh con do nguyên nhân vòi tử cung sẽ không thể đáp ứng được những khó khăn về mặt kinh tế trong khi điều trị, như vậy sẽ bị đe dọa nghiêm trọng đến hạnh phúc gia đình và chất lượng cuộc sống.

### KẾT LUẬN

Vô sinh thứ phát do nguyên nhân vòi trứng tương đối phổ biến và chiếm tỷ lệ cao nhất trong vô sinh nữ, đặc biệt ở các nước đang phát triển như Việt Nam, chiếm tỷ lệ 20-25% trong vô sinh nói chung và 75,4% trong vô sinh nữ nói riêng [1]. Các nguyên nhân thường gặp do viêm nhiễm đường sinh dục đặc biệt Chlamydia, sau các thủ thuật nạo phá thai, đặt vòng không vô khuẩn, sau các phẫu thuật tại vùng tiểu khung hoặc các bệnh lý như lạc nội mạc tử cung [1],[2], [10], [15]. Tỷ lệ vô sinh do tổn thương vòi trứng chiếm tỷ lệ 36,6%, trong đó tổn thương vòi trứng trong nhóm vô sinh thứ phát chiếm 43,3%. Tuy nhiên, đây cũng là con số không nhỏ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến kinh tế và hạnh phúc của mỗi gia đình, vì vô sinh do nguyên nhân vòi trứng chỉ có thể điều trị bằng mổ nội soi, nếu không được sẽ phải làm thụ tinh trong ống nghiệm, rất tốn kém thời gian và tiền bạc, và không phải khi nào cũng thành công.

Nghiên cứu này cũng đã cho thấy có một số yếu tố nguy cơ làm tăng đáng kể tỷ lệ vô sinh do tổn thương tại vòi trứng. Viêm nhiễm làm tăng tỷ lệ tổn thương vòi trứng, riêng viêm phần phụ làm tăng nguy cơ này lên tới trên 45 lần. Ngoài ra, những nguy cơ khác như đặt vòng nhiều lần làm tăng nguy cơ tổn thương VTC lên gần 4 lần, tiền sử nạo phá thai cũng làm tăng tỷ lệ tổn thương vòi trứng tới hơn 3 lần, tai biến sau thủ thuật làm tăng hơn 8 lần và không dùng kháng sinh sau thủ thuật làm tăng hơn 4 lần.

Tổn thương vòi trứng do một số yếu tố như nhiễm khuẩn đường sinh dục, nạo phá thai, đặt vòng không vô khuẩn hoặc trên những bệnh nhân viêm nhiễm chưa được điều trị... hoàn toàn có thể kiểm soát và có thể phòng tránh được. Dựa trên những kết quả nghiên cứu đã phân tích, chúng tôi đã đưa ra những khuyến nghị nhằm nâng cao năng lực kiểm soát sức khỏe sinh sản của người phụ nữ ngay từ tuyến cơ sở, từ những thông tin tư vấn, tuyên truyền, thăm khám và điều trị phụ khoa cho phụ nữ, đặc biệt phụ nữ ở

những vùng sâu, vùng xa để tránh hậu quả đáng tiếc sau này có thể dẫn đến vô sinh.

### SUMMARY

Tubal infertility is very common in infertile women, which is accounted for approximately 75,3% of secondary infertility women, nearly 20-25% in the total of infertility.

Aim: To explore the risk factors between obstetric and gynecologic histories and subsequent tubal infertility, and to make recommendation for reducing the percentage of infertility due to subsequent tubal infertility.

Design: A case- control study. Cases included 190 women attending the Infertility department in Thanh Hoa OB/GYN hospital. The cases were frequency matched with controls (pregnant women attending for routine examination) from the Administrated department by the same time as cases selected. Stata was used to facilitate data analysis. Cases and controls were compared in term of history of contraceptives used ruptured appendectomy, GEU, reproductive infectious and abortion histories.

Results: Risk factors are suggested to increase tubal problems included having IUDs more than 2 times (OR=3.9; 95% CI=1.75-9.00), previous GEU (OR=3.0; CI=1.44), abortions (OR = 3.4; 95% CI=2.16-5.29) and its complications (OR=8.27; CI=4.04-17.05), and genital infections, in which the most risk factor is accounted for STDs (OR=45.5; 95% CI=16.31-174.09). Save abortion, better health care system of treatment for genital infections, especially STDs are recommended to reduce tubal infertility.

Conclusions: Tubal infertility is very common but can be avoidable if the health care system on reproductive be improved to reduce genital infections and operation procedures presented in reproductive organs.

Keywords: Tubal infertility, infertile women.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Kỳ (1999). *Vô sinh do vòi trứng- Chẩn đoán và điều trị vô sinh*. Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ Sơ sinh.
2. Trần Thị Phương Mai- Nguyễn Thị Ngọc Phượng- Nguyễn Song Nguyên- Hồ Mạnh Tường- Vương Thị Ngọc Lan. (2002). *Hiếm muộn- Vô sinh và các Kỹ thuật Hỗ trợ sinh sản*. Nhà xuất bản Y học.
3. Trần Thị Phương Mai (2004). *"Thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng đến nạo hút thai ở một số cơ sở y tế ở Việt Nam"*. Báo cáo tại Hội Nghị Việt Pháp về Sản Phụ khoa vùng Châu Á Thái Bình Dương lần IV Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Thị Thảo (2006). *"Khảo sát sơ bộ về Vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá"*. *Tạp chí Y học Thực hành*, 12(560), 22-24.
5. Nguyễn Thị Thảo. (2008). *"Vô sinh do tắc 2 vòi trứng"*. *Y học Thực hành*, 12 (632 + 634), 28-33.
6. Phùng Huy Tuân- Đỗ Quang Minh (2001). *"Tương quan giữa tiền căn nạo phá thai và vô sinh thứ phát"*. *Tạp chí Phụ sản*, 1(2), 69-73.
7. David A Grimes, J. B., Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E Okonofua, Iqbal H Shah (2006). *"Unsafe abortion: the preventable pandemic"*. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919.
8. Escobar, G. (1991). *"Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis"*. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 204-211.
9. Helle Friis Svenstrup, J. F., Sven Erik Kristoffersen, Birgitta Trolle, Svend Birkelund, Gunna Christiansen (2007). *"Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, and tubal factor infertility-a prospective study"*. *Fertility and Sterility In Press, Corrected Proof, Available online 4 June 2007*.