

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THÔNG VÒI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lâm Đức Tâm⁽¹⁾, Huỳnh Thanh Liêm⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, (2) Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ

Tóm tắt

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng được thực hiện trên 45 trường hợp tắc vòi tử cung 2 bên qua HSG và điều trị thông vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $31,76 \pm 4,22$ tuổi. Có 53,33% bị vô sinh nguyên phát và điều trị vô sinh. Thời gian vô sinh là $5,04 \pm 3,17$ năm. Tiền sử 44,44% viêm nhiễm sinh dục. Tỷ lệ nhiễm *Chlamydia trachomatis* là 37,78%, lạc nội mạc tử cung là 31,11%. Tắc vòi tử cung đoạn xa là 86,67%, đoạn gần 13,33%; với 80% có ứ dịch, niêm mạc bất thường là 53,33%. Tổn thương vòi tử cung trái chủ yếu là dính và ứ dịch. Kết quả Thông vòi tử cung khi nội soi chẩn đoán có tắc đoạn xa là 86,67%, đoạn gần là 6,67% và 6,67% thông vòi tử cung. Có 93,33% bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật thông vòi tử cung qua nội soi; có 3 bệnh nhân không thực hiện được do tắc đoạn kẽ (6,67%). Tỷ lệ thông vòi tử cung sau PT khi bơm xanh methylen là 88,89%. Trong đó, thông vòi tử cung 2 bên là 60%, bên trái là 22,5%. Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, thời gian phẫu thuật nhanh, bệnh nhân ít đau, vận động sớm, trung tiện sớm, phục hồi nhanh như thời gian phẫu thuật: $82,89 \pm 30,55$ phút. Thời gian đau sau phẫu thuật: $14,71 \pm 6,05$ giờ. Mức độ đau: $2,95 \pm 1,67$ điểm. Thời gian trung tiện: $16,53 \pm 9,41$ giờ. Vận động sau phẫu thuật: $16,53 \pm 9,41$ giờ. Thời gian nằm viện: 118,44 giờ.

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES THROUGH TUBAL LAPAROSCOPIC SURGICAL AT CANTHO HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Clinical characteristics and treatment outcomes through tubal laparoscopic surgical.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Lâm Đức Tâm,

email: lamductam@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 10/06/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 24/06/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 30/06/2016

Materials and Methods: Research Clinical Trials no control group was performed on 45 cases of tubal 2 side switches via HSG and conventional treatment with surgery tubal endoscopy.

Result: Average age was 31.76 ± 4.22 years, 53.33% of primary infertility and infertility treatment. The time of infertility was 5.04 ± 3.17 year. 44.44% have had a history of genital infections. Chlamydia trachomatis infection was 37.78%. Endometrial was 31.11%. Distal tubal obstruction was 86.67%, 13.33% proximal; 80% have fluid retention, mucosal abnormalities was 53.33%. Injuries left tubal mainly stick and fluid retention. Laparoscopy. Assessment results through tubal laparoscopic surgery: Info tubal endoscopy diagnostic rule is 86.67% distal, proximal and 6.67%; 6.67% through tubal. 93.33% of patients treated with techniques laparoscopic tubal. 88.89% through tubal after surgery, in which, through tubal 2 side is 60%, 22.5% left. Laparoscopic method is safe, fast operating time, patients have less pain, early mobilization, flatus soon, fast recovery time of surgery: 82.89 ± 30.55 minutes. Period pain after surgery: 14.71 ± 6.05 hours. The degree of pain: 2.95 ± 1.67 points. Flatus Time: 16.53 ± 9.41 hours. Athlete after surgery: 16.53 ± 9.41 hours. Length of stay: 118.44 hours

1. Đặt vấn đề

Vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai sau ít nhất một năm chung sống thường xuyên, giao hợp không hạn chế và không sử dụng biện pháp tránh thai nào[3],[8]. Tỷ lệ vô sinh thay đổi tùy địa phương. Trên thế giới, ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản có tỷ lệ vô sinh dao động từ 15- 20% [3], [8] và Việt Nam là 7- 10%[4], [6]. Nguyên nhân ở nam (35%), nữ (35%), hay do cả 2 (20%) và 10% không rõ nguyên nhân[3],[6],[8]. Trong đó, bệnh lý vòi tử cung- phúc mạc là nguyên nhân thường gặp ở nữ, đặc biệt là nước đang phát triển, chiếm 25- 60%[3],[8]. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh lý vòi tử cung thường là do viêm nhiễm vùng chậu, phẫu thuật vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung, sảy thai nhiễm trùng,...[8]. Với phương pháp điều trị bao gồm phẫu thuật và thụ tinh ống nghiệm. Hiện nay, thụ tinh trong ống nghiệm góp phần giúp cho nhiều bệnh nhân có cơ hội mang thai nhưng đây là phương pháp điều trị tạm thời mà không điều trị triệt để nguyên nhân[3],[6],[8]. Vì vậy, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, đơn giản và đang được sử dụng rộng rãi trong bệnh lý vòi tử cung- phúc mạc, trong đó, phẫu thuật nội soi góp phần mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý này và mang lại niềm vui cho những cặp vợ chồng vô sinh[9] với tỷ lệ thông thành công là 26% đến 100% tùy theo hình

thái tắc vòi tử cung và phương pháp phẫu thuật nội soi [3],[11],[15]. Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ là bệnh viện chuyên khoa đã áp dụng phẫu thuật nội soi trong nhiều năm nhưng đến nay chưa có nghiên cứu nào nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thông vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi", với 2 mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung- phúc mạc và đánh giá kết quả điều trị thông vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ 4/2014 đến tháng 6/2015.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp với thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng trên 45 trường hợp vô sinh do bệnh lý vòi tử cung- phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi (PTNS). Chọn mẫu thuận tiện ở bệnh nhân vô sinh trong độ tuổi từ 20- 40 có chẩn đoán tắc VTC 2 bên dựa vào phim chụp cản quang tử cung- vòi tử cung (phim HSG). Loại trừ các trường hợp dính buồng tử cung nặng, không thể soi buồng tử cung; suy buồng trứng sớm, chống chỉ định gây mê hoặc PTNS.

Nội dung nghiên cứu: tuổi, địa dư, nghề nghiệp, tiền căn sản phụ khoa, đặc điểm về vô sinh như thời

gian, điều trị, phương pháp điều trị, nguyên nhân. Viêm nhiễm sinh dục (Chlamydia trachomatis), lạc nội mạc tử cung. Đánh giá mức độ tổn thương vòi tử cung, độ dính và phương pháp phẫu thuật nội soi (gỡ dính, tái tạo, mở thông), khả năng phục hồi sức khỏe (vận động, trung tiện, ăn uống, mức độ đau...) ở bệnh nhân được phẫu thuật. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 10.0.

3. Kết quả nghiên cứu

Qua 45 cặp vợ chồng vô sinh có chỉ định điều trị bằng PTNS do VTC- phức tạp từ 04/2014 đến 06/2015, chúng tôi có độ tuổi trung bình là 31,76± 4,22 tuổi, trong đó, có 48,89% ở 30- 34 tuổi và có 26,67% khoảng 35- 39 tuổi. Nông thôn là 44,44% và thành thị là 55,56%. Lao động trí óc là 31,11%, lao động nặng chiếm 40%. Tuổi lập gia đình nhiều nhất là từ 20- 30 tuổi, chiếm 66,67%, có 20% trên 30 tuổi. Tuổi lập gia đình là 24,35± 5,08 tuổi, (nhỏ nhất là 16 tuổi và cao nhất là 37 tuổi)

Vô sinh nguyên phát là 53,33% và 46,67% thứ phát. Thời gian VS là 5,04± 3,17 năm; nhiều nhất là 2- 5 năm (51,11%); 44,44% trên 5 năm. 53,33% điều trị. Thời gian điều trị < 1 năm là 52,38%, trung bình là 20,85 tháng. Điều trị 1 lần là 66,67%, 2 lần là 28,57%; với phương pháp điều trị là bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung 47,62%.

Tiền căn phẫu thuật: 24,44% tiền căn phẫu thuật vùng chậu như bệnh lý ngoại khoa, phụ khoa và lấy thai. Tiền căn viêm nhiễm sinh dục: 44,44% tiền căn viêm nhiễm sinh dục, trong đó, 9 nhiễm Chlamydia trachomatis. Nguyên nhân do vi khuẩn, vi nấm và ký sinh trùng chiếm 35% trường hợp; 20% phụ nữ không nhớ rõ nguyên nhân gây bệnh. Nhiễm Chlamydia trachomatis là 37,78%.

Bệnh lý vòi tử cung trên phim tử cung- vòi tử cung có cản quang

Đặc điểm vòi tử cung		Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Cotte	Âm tính	45	100
	Tắc đoạn gần	6	13,33
Tắc VTC	Tắc đoạn xa	39	86,67
	Có ứ dịch	36	80,00
VTC ứ dịch	Không ứ dịch	9	20,00
	Bình thường	21	46,67
Niêm mạc VTC	Giảm nếp gấp	18	40,00
	Không còn nếp gấp	6	13,33

86,67% tắc đoạn xa VTC, Hình ảnh ứ dịch VTC là 80, Niêm mạc VTC trên HSG bình thường là 46,67% và 53,33% có sự biến đổi bất thường.

Đặc điểm tử cung và phần phụ qua nội soi ổ bụng

Đặc điểm tử cung và phần phụ		Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Tử cung	Trung gian	18	40
	Ngã sau	23	51,11
	Ngã trước	4	8,89
Phần phụ trái	Bình thường	7	15,55
	Bất thường	38	84,45
	Dính	30	78,95
	Dính kèm bất thường khác	8	21,05
Phần phụ phải	Bình thường	8	21,62
	Bất thường	37	78,37
	Dính	30	81,08
	Dính kèm bất thường khác	7	18,92

Phần phụ trái: 84,45% bất thường, trong đó, 79,95% dính phần phụ. Phần phụ phải: 78,37% bất thường phần phụ, 81,08% trường hợp là dính phần phụ.

Lạc nội mạc tử cung

Lạc nội mạc tử cung	Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Không có lạc nội mạc tử cung	31	68,89
Có lạc nội mạc tử cung	14	31,11

31,11% trường hợp lạc nội mạc TC.

Đánh giá độ thông vòi tử cung qua nội soi chẩn đoán

Độ thông VTC qua nội soi chẩn đoán		Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Độ thông VTC	Thông VTC	3	6,67
	Tắc VTC đoạn gần	3	6,67
	Tắc VTC đoạn xa	39	86,66

Độ thông VTC qua NS chẩn đoán là tắc đoạn xa (86,66%).

Đánh giá kết quả điều trị thông vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi

Phương pháp can thiệp vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi

Đánh giá VTC qua PTNS		Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Tắc đoạn kẽ 2 bên- không tái tạo		3	6,67
Can thiệp VTC qua nội soi		42	93,33
Có	Gỡ dính, mở thông VTC	12	28,57
	Mở thông VTC	11	26,19
	Gỡ dính, tạo hình, mở thông	10	23,81
	Gỡ dính VTC	4	9,52
	Tạo hình, mở thông	3	7,14
	Cắt VTC do tổn thương nặng	2	4,76

93,33% BN thông VTC, 3 BN không thực hiện do tắc đoạn kê (6,67%) với 28,57% BN vừa gỡ dính và mở thông VTC. Mở thông với gỡ dính, tạo hình là 23,81%. Có 2 BN không bảo tồn VTC do dính vùng chậu nhiều, phức tạp VTC (chiếm 4,76%).

Đánh giá độ thông vòi tử cung sau phẫu thuật nội soi

Bảng 6. Đánh giá độ thông vòi tử cung sau phẫu thuật nội soi

Đánh giá độ thông VTC sau phẫu thuật	Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
Thông VTC	40	88,89
Không thông VTC	5	11,11

Tỷ lệ thông VTC sau khi bơm xanh methylen là 88,89% và 3 không thông ngay từ đầu, không thể tái tạo, bảo tồn được.

Thời gian phẫu thuật

Bảng 7. Thời gian phẫu thuật

Thời gian PTNS	Trường hợp(n=45)	Tỷ lệ (%)
≤ 60 phút	14	31,11
61- 120 phút	23	51,11
≥ 120 phút	8	17,78
Trung bình	82,89± 30,55phút (dao động từ 30 phút- 140 phút)	

Thời gian PTNS là 82,89± 30,55phút, trong đó, tập trung nhiều nhất từ 61 phút đến 120 phút, (51,11%). Có 17,78% trường hợp PT trên 2 giờ.

Khả năng hồi phục sau phẫu thuật nội soi

Bảng 8. Khả năng hồi phục sau phẫu thuật nội soi

	Đặc điểm	Trường hợp (n=45)	Tỷ lệ (%)
Thời gian đau sau PT	Dưới 8 giờ	4	8,89
	Từ 8 đến 16 giờ	23	51,11
	Từ 16- 24 giờ	12	26,67
	Trên 24 giờ	6	13,33
	Trung bình	14,71± 6,05 (từ 6 giờ đến 30 giờ)	
Mức độ đau sau PT	≤ 3 điểm (đau nhẹ)	24	53,33
	3- 6 điểm (đau vừa)	16	35,56
	≥ 6 điểm (đau nặng)	5	11,11
	Trung bình	2,95± 1,67 điểm (từ 1 đến 8 điểm)	
Thời gian trung tiện	Dưới 12 giờ	6	13,33
	Từ 12- 24 giờ	26	57,78
	Từ 24- 48 giờ	10	22,22
	Trên 48 giờ	3	6,67
	Trung bình	16,53± 9,41 (từ 6- 48 giờ)	
Thời gian vận động sau PT	Dưới 12 giờ	10	22,22
	Từ 12 đến 24 giờ	25	55,56
	Sau 24 giờ	10	22,22
Trung bình	16,53± 9,41 (từ 6- 48 giờ)		

Thời gian phục hồi vận động, trung tiện nhanh. Thời gian đau ngắn và mức độ đau thấp.

4. Bàn luận

Về độ tuổi phụ nữ khi có vấn đề về con cái là

họ đến khám và điều trị vô sinh sớm (có người 22 tuổi). Nhóm tuổi từ 25- 29 tuổi chiếm 17,78%, nhóm 20- 24 có tỷ lệ thấp nhất 6,67%. Theo Y văn, khả năng sinh sản của phụ nữ giảm dần theo tuổi, theo sinh lý sinh sản, tần suất khả năng mang thai của phụ nữ cao nhất khoảng 20- 30 tuổi, sau đó khả năng sinh sản giảm dần, đặc biệt sau 45 tuổi tỷ lệ có thai khoảng 4,1%. Người ta thấy rằng khả năng có thai giảm và tỷ lệ bất thường của trẻ tăng ở phụ nữ lớn tuổi chủ yếu là do sự suy giảm chức năng buồng trứng theo thời gian [4],[8]. Như vậy, độ tuổi của BN cho thấy phụ nữ và gia đình có ý thức cao về sức khỏe sinh sản, khi họ sinh hoạt tình dục trong 1 năm mà không dùng biện pháp tránh thai nào mà vẫn chưa có con là họ đến khám và điều trị vô sinh ngay. Kết quả tương tự với Trịnh Hùng Dũng[1], Bùi Thị Phương Nga[2], Đinh Bích Thủy[5]. Do đó, tuyên truyền về sức khỏe sinh sản tương đối quan trọng, cần nêu rõ kiến thức về sức khỏe sinh sản để sanh đứa trẻ khỏe mạnh, nhằm giảm ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công trong điều trị VS.

Vô sinh nguyên phát là nguyên nhân thường gặp, tỷ lệ VS của chúng tôi khác nhau không nhiều so với Trịnh Hùng Dũng[1]. Bùi Thị Phương Nga [2] Như vậy, tình hình VS nguyên phát chiếm đa số, có sự khác nhau này là do chẩn đoán VS dựa vào lâm sàng, chụp HSG, PTNS thấy hình ảnh viêm dính vùng chậu... và chúng tôi nhận thấy phần lớn các trường hợp là do viêm dính VTC, viêm dính vùng chậu gây tắc nghẽn VTC, LNMTC nên kết quả cao hơn nghiên cứu này. Thời gian: Trung bình là 5,04± 3,17 năm; nhiều nhất 2- 5 năm (51,11%). Kết quả tương tự của Bùi Thị Phương Nga[2], Cao Ngọc Thành[4]. Điều trị: 53,33% không điều trị và 46,67% có điều trị. Nguyên nhân thời gian VS kéo dài và tỷ lệ không điều trị VS bằng phương pháp trước đó cao có thể do tâm lý BN khi thấy chậm có thai cứ nghĩ do chế độ ăn uống, sinh hoạt không đúng nên họ thường cố gắng sửa đổi thói quen sinh hoạt và hoạt động tình dục thường hơn[9] với thời gian điều trị là 20,85± 27,91 tháng. điều trị 1 lần chiếm 66,67%, 2 lần là 28,57%; với phương pháp là bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) chiếm 47,62% và có 33,33% điều trị thông VTC. Điều này phù hợp với thời gian điều trị dưới 1 năm.

Viêm nhiễm đường sinh dục: 9 phụ nữ nhiễm *C. trachomatis* và nhiễm khuẩn, vì BN sinh sống ở vùng nông thôn, làm nghề nông, do tính chất công việc ít phải ngoài đồng cả ngày, vệ sinh vùng sinh dục nên tỷ lệ nhiễm vi khuẩn tăng cao. Ngoài ra, đặc điểm của viêm sinh dục do vi khuẩn diễn tiến âm thầm, không rầm rộ lắm nên BN ít để ý tới và đi điều trị sớm, do đó, cần khuyến cáo với phụ nữ làm ruộng, môi trường lao động kém, không có điều kiện vệ sinh vùng sinh dục, nên đi khám phụ khoa định kỳ[8]. Nhiễm *C. trachomatis* là 45%, 35% trường hợp có xác định là do vi khuẩn, vi nấm và ký sinh trùng và có 20% BN không rõ nguyên nhân[8]. Tỷ lệ nhiễm *C. trachomatis* là 37,78%. Đây là tỷ lệ khá cao và *C. trachomatis* là nguyên nhân gây tổn thương VTC. Kết quả này có thấp hơn tại Bệnh viện Từ Dũ[2], *C. trachomatis* VS tắc VTC- PM là 49,5%. Nhiễm *C. trachomatis* là nhiễm khuẩn đường sinh dục dễ gây tổn thương niêm mạc VTC nhất[4]. Do đó, nhiều người không được điều trị, nên chăng, các phụ nữ nên xét nghiệm phát hiện *C. trachomatis* để điều trị sớm tránh nguy cơ VS [7].

Đặc điểm của bệnh lý vòi tử cung trên chụp vòi tử cung có cản quang

Trên HSG thấy tắc đoạn gần VTC là 13,33%, 86,67% tắc đoạn xa VTC, đặc điểm ứ dịch VTC là 80%, chỉ có 9 phụ nữ không ứ dịch VTC; niêm mạc VTC trên HSG bình thường chỉ có 46,67% và có 53,33% có sự biến đổi bất thường niêm mạc VTC, trong đó, giảm nếp gấp niêm mạc VTC là 40% và 13,33% không còn nếp gấp niêm mạc VTC. Như vậy, chúng tôi gặp nhiều nhất là những phụ nữ tắc đoạn xa và hình ảnh tổn thương VTC chủ yếu là phức tạp và khó hồi phục nên việc chỉ định PTNS các BN này là vấn đề cần được nhân rộng để có thể giúp PT giải phóng VTC như mở thông VTC, tái tạo VTC hoặc cắt VTC để thực hiện thụ tinh ống nghiệm nếu không thể bảo tồn VTC[9],[12]... Đây là mục tiêu mà chúng tôi quan tâm khi thực hiện PTNS trong điều trị tắc VTC-PM. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cao Ngọc Thành[3],[4].

Kết quả chẩn đoán tắc vòi tử cung và nội soi ổ bụng: Đối chiếu HSG và NS trong chẩn đoán mức độ thông của VTC, kết quả ghi nhận chẩn đoán tắc VTC đoạn gần và xa có tỷ lệ tương đương nhau nhưng NS ổ bụng có sử dụng xanh methylen giúp

đánh giá thông VTC tốt hơn khi có 100% không thông VTC qua HSG nhưng có 3 trường hợp chiếm 6,67% có thông VTC qua NS. Có lẽ không thông VTC chụp HSG là do đau gây ra phản xạ co thắt, thuốc bơm cản quang không qua được, khi BN được gây mê, không cảm thấy đau nên VTC không bị phản xạ co thắt việc bơm thuốc trở[9]. Kết quả này tương Akinola R.A.[7] nên NS chẩn đoán độ thông VTC chính xác hơn phương pháp chụp TC-VTC phù hợp với nghiên cứu khác[13]. Đặc điểm tử cung và phần phụ: TC ngả sau chiếm 51,11%; 40% là trung gian. Phụ nữ VS do tắc VTC- PM có tỷ lệ bất thường về dính phần phụ cao (trên 80%) cho cả 2 VTC, trong đó, dính VTC là hình ảnh thường gặp nên khi thực hiện PTNS có thể giúp PT VTC nhằm điều trị bệnh lý VTC- PM. Khi quan sát từng VTC, ứ dịch, dính VTC, tắc VTC sau bơm xanh methylen, gấp góc hoặc dính kèm ứ dịch... là hình ảnh thường gặp do VTC- PM. Như vậy, bệnh lý phần phụ là dính VTC, chiếm 78% đến 85% [39],[66]. Kết quả tương tự với kết quả của Trịnh Hùng Dũng[1], Bùi Thị Phương Nga[2]. Về lạc nội mạc tử cung là 31,11%. Đây là tỷ lệ khá cao và cần quan tâm nhiều hơn vì tính chất bệnh lý của LNMTC là đau vùng chậu mạn tính và gây dính VTC, vùng chậu nhiều[3],[8],[15].

Đánh giá tình trạng thông vòi tử cung qua nội soi chẩn đoán: Dính VTC có hoặc không có kèm ứ dịch là nguyên nhân gây bệnh lý VTC- PM. Nguyên nhân của vấn đề này được Y văn ghi nhận là do tình trạng dính vùng chậu với 15- 20% VS: Dính vùng chậu sẽ làm cản trở sự di chuyển của noãn, hoặc sự bất noãn do sự thay đổi về kích thước, khoảng giữa buồng trứng và VTC. Mức độ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản tùy thuộc vào nguyên nhân, phạm vi, độ dày của dính VTC và cấu trúc VTC bị ảnh hưởng. Như vậy, mức độ tổn thương, độ dày dính VTC- PM, sự thông VTC sau khi bơm xanh methylen có ảnh hưởng đến điều trị VS[3],[11],[13].

Đánh giá kết quả điều trị thông vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi

Kết quả nghiên cứu này phù hợp kết quả của Trịnh Hùng Dũng (2007) tỷ lệ thông VTC là 84,2%[1]. Đánh giá về kết quả thông VTC sau PTNS trên VTC cho thấy kỹ thuật thường được sử dụng để điều trị tổn thương VTC là gỡ dính, mở

thông và tái tạo VTC. Đây là 3 kỹ thuật cơ bản và tùy thuộc vào mức độ tổn thương VTC, tình trạng dính của VTC mà phẫu thuật viên có thể áp dụng từng phương pháp đơn thuần hoặc phối hợp các kỹ thuật này với nhau nhằm điều trị cho BN VS được thông VTC sau PTNS. Kết quả ghi nhận các trường hợp có bệnh lý VTC- PM, khi PTNS cần phối hợp các kỹ thuật gỡ dính, tái tạo, mở thông VTC với nhau mới có thể giải quyết nguyên nhân nhằm làm thông VTC. Điều này phù hợp với nhận định của Trịnh Hùng Dũng[1], Cao Ngọc Thành [4], Kessler, Johnson N, Pandian Z[11]. Đánh giá tình trạng thông VTC sau PTNS khi thực hiện từng kỹ thuật trên cho 40 BN VS do tổn thương VTC- PM được điều trị ghi nhận kết quả là gỡ dính có tỷ lệ thông VTC là 100% (4 BN). Mở thông VTC đơn thuần: Thông 2 bên là 54,55%, bên phải 27,27%. Khi phối hợp 2 trong 3 phương pháp (gỡ dính, mở thông, tái tạo): Tỷ lệ thông 2 bên là 60%; thông bên trái là 26,67% và 13,33% thông bên phải. Nếu phối hợp cả 3 phương pháp trên có 50% thông 2 bên VTC, thông VTC bên trái là 22,5% và 17,5% thông VTC bên phải. Kết quả này tương tự với kết quả của Trịnh Hùng Dũng[1], Bùi Thị Phương Nga[2], Đinh Bích Thủy[5].

Thời gian phẫu thuật: PTNS giải quyết các trường hợp tắc VTC thường nhanh chóng (dưới 120 phút). Thời gian PT trong điều trị tắc VTC- PM là tương đối ngắn, do đó, việc áp dụng PTNS cho thấy đây là phương pháp được áp dụng rộng rãi và kỹ năng PT của bác sĩ tốt nên đây là phương pháp điều trị có lợi cho BN về tính thẩm mỹ, an toàn và giải quyết những trường hợp khó. Các nghiên cứu trước đó ghi nhận về lợi ích của PTNS là PT thẩm mỹ, an toàn, thực hiện nhanh chóng và có thể giúp phục hồi nhanh[6],[9],[12]. Đối với các trường hợp có thời gian PT từ 2 giờ trở lên là do BN có tiền sử PT vùng chậu nên gây xơ dính nhiều, khả năng thực hiện PT khó khăn và do tính chất bệnh lý VTC- PM. Đánh giá thời gian phục hồi: Với kết quả này cho thấy PTNS mang lợi ích rất lớn cho BN, cụ thể là PTNS có thời gian đau sau PT ngắn vì PTNS ít bị xâm lấn, vết thương của lỗ trocar nhỏ, quá trình trong ổ bụng được PT kín, ít sang chấn tạng nên không làm tổn thương cơ quan lân cận, làm giảm được triệu chứng đau[3]. Về mức độ đau sau PTNS: đau trung bình là 2,95

điểm, trong đó có 53,33% trường hợp ở mức độ nhẹ (dưới 3 điểm); đau vừa là 35,56% (khoảng 3-6 điểm), như vậy, đau sau PTNS là được BN đánh giá chủ yếu là đau mức độ nhẹ, điều này phù hợp với tính ưu việt của PTNS vì PTNS dùng các trocar có kích thước nhỏ, lỗ thực hiện PT đơn giản, không gây tổn thương cơ quan nhiều, không gây xé cơ nhiều và ít sang chấn các tạng nên khả năng chịu đựng đau của BN là chấp nhận được và BN chỉ dùng một loại thuốc giảm đau đơn thuần (chiếm 73,33%). Kết quả có 22,22% BN được dùng thuốc trên 2 loại khác nhau là trường hợp có tổn thương VTC- PM phức tạp với thang điểm đánh giá tổn thương và mức độ dính VTC- PM cao, có thời gian PT lâu, phải thực hiện nhiều kỹ thuật như gỡ dính, tái tạo loa vòi... sau PTNS, BN than đau cần sử dụng thuốc giảm đau. Về trung tiện: ghi nhận thời gian trung tiện là $16,53 \pm 9,41$ giờ, với 93,33% trước 24 giờ. Do đó, bác sĩ lâm sàng có thể theo dõi đánh giá BN phục hồi sớm để hướng dẫn chế độ dinh dưỡng phù hợp. Khi BN trung tiện tốt, khả năng vận động toàn thân sẽ được phục hồi. Về vận động: BN PTNS điều trị VTC- PM có thời gian phục hồi vận động sớm, nhu động ruột hoạt động trở lại sớm- trước 24 giờ sau PTNS nên BN ăn uống tương đối nhanh, khoảng 6 giờ sau PT. Như vậy, PTNS ít có gây sang chấn không cần thiết, giảm thiểu các thủ thuật, vết mổ nhỏ, hạn chế chảy máu, nhu động ruột phục hồi nhanh, BN vận động sớm, ít đau sau PT nên BN có thể trở lại sinh hoạt sớm, cũng như trở về lao động nhanh hơn mang được lợi ích về kinh tế cho gia đình và xã hội[3],[9]. Về thời gian nằm viện là $118,44 \pm 28,18$ giờ, khoảng 5 ngày (nhỏ nhất là 4 và cao là 6 ngày). Như vậy, BN có thể vận động sớm, giảm đau, trung tiện nhanh, xuất viện sớm là lợi điểm của PTNS trong chẩn đoán và điều trị VS, là PT bụng kín, lỗ trocar vào ổ bụng nhỏ, vết thương nhỏ và đó cũng góp phần làm giảm thời gian dùng kháng sinh[3].

5. Kết luận

Bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung- phức tạp có độ tuổi trung bình là $31,76 \pm 4,22$ tuổi; Độ tuổi lập gia đình là $24,35 \pm 5,08$ tuổi. Có 53,33% bị vô sinh nguyên phát và điều trị vô sinh. Thời gian vô sinh là $5,04 \pm 3,17$ năm. Tiền sử có 44,44% viêm nhiễm sinh dục. Tỷ lệ nhiễm Chlamydia trachomatis

là 37,78%. Tỷ lệ lạc nội mạc tử cung là 31,11%. Tắc vòi tử cung đoạn xa là 86,67%, đoạn gần 13,33%; với 80% có ứ dịch, niêm mạc bất thường là 53,33%. Tổn thương vòi tử cung trái chủ yếu là dính và ứ dịch. Nội soi ổ bụng bất thường phần phụ có tỷ lệ cao và chủ yếu là dính vòi tử cung (dao động từ 78,37% đến 84,45%) và nội soi ổ bụng có chẩn đoán tốt hơn chụp tử cung- vòi tử cung có cản quang.

Kết quả thông vòi tử cung qua phẫu thuật nội soi: Có 93,33% bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật thông vòi tử cung qua nội soi; có 3 bệnh nhân không thực hiện được do tắc đoạn kẽ (6,67%). Tỷ lệ thông vòi tử cung là 88,89%. Trong đó, thông vòi tử cung 2 bên là 60%, bên trái là 22,5%. Phẫu

thuật nội soi là phương pháp an toàn, thời gian phẫu thuật nhanh, bệnh nhân ít đau, vận động sớm, trung tiện sớm, phục hồi nhanh như thời gian phẫu thuật: $82,89 \pm 30,55$ phút. Thời gian đau: $14,71 \pm 6,05$ giờ. Mức độ đau: $2,95 \pm 1,67$ điểm. Thời gian trung tiện: $16,53 \pm 9,41$ giờ. Vận động: $16,53 \pm 9,41$ giờ. Thời gian nằm viện: 118,44 giờ.

Kiến nghị: Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị thành công cho các trường hợp tắc vòi tử cung- phức mạc, ít đau, ít biến chứng nên cần áp dụng thường quy cho những bệnh nhân đến khám và điều trị vô sinh có bệnh lý này. Đồng thời, cần triển khai kỹ thuật này cho các cơ sở y tế có thể thực hiện phẫu thuật nội soi để điều trị tắc vòi tử cung- phức mạc.

Tài liệu tham khảo

1. Trinh Hùng Dũng, Nguyễn Đức Vy, (2005), "Nghiên cứu nguyên nhân và chẩn đoán vô sinh do tắc vòi trứng tại Bệnh viện 103", Tạp chí Y học Thực hành, 7, tr. 65- 8.
2. Bùi Thị Phương Nga, (2000), Nghiên cứu phẫu thuật nội soi điều trị vô sinh do tắc vòi trứng- dính phức mạc, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Cao Ngọc Thành, (2011), Vô sinh do Vòi tử cung- phức mạc, Nhà Xuất bản Giáo dục Việt Nam.
4. Cao Ngọc Thành, Trương Quang Vinh, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Phạm Chí Kông và cộng sự, (2011), "Hiệu quả của phương pháp điều trị vô sinh do vòi tử cung- phức mạc bằng phẫu thuật nội soi", Tạp chí Y Dược học, Đại học Y Dược Huế, số 4, tr. 54- 59.
5. Đinh Bích Thủy, (2009), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến vô sinh do tắc vòi tử cung và nhận xét kết quả những phương pháp can thiệp phẫu thuật làm thông vòi tử cung, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Viết Tiến, Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Xuân Hợp, Bùi Xuân Huyền, Hồ Sĩ Hùng, (2013), Các quy trình chẩn đoán và điều trị vô sinh, Nhà Xuất bản Y học.
7. Akinola R. A, Akinola O. I, Fabamwo A. O., (2009), "Infertility in women:

Hysterosalpingographic assessment of the fallopian tubes in Lagos, Nigeria", Educational Research and Review, 4(3), pp. 86- 89.

8. DcDutta, (2013), "Chapter 16- Infertility", DcDutta's textbook of Gynecology, pp. 227- 258

9. Gomel V, (2003), "Reconstructive Tubal Surgery", In: Te Linder's Operative Gynecology, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 5557- 594.

10. He Chao, Ma Cuanpeng, (2015), "Distal fallopian tube recanalization using ozone treatment: a clinical study in two hundred tubal obstruction Chinese patients", Int J Clin Exp Med, 8(2), pp. 2958- 2961

11. Kessler Lawrence M, Craig B.M., Plosker S.M, Reed D.R, Quinn G, (2013), "Infertility Evaluation and Treatment among Women in the United States", Fertil Steril, 100(4), doi: 10.1016/j.frmstert.2013.05.040.

12. Naz Talat, Hassan L, Gulmeen, Nighat F, Sultan S, (2009), "Laparoscopic Evaluation in Infertility", Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 19(11), pp. 704- 707.

13. Sotrel Ginter, (2009), "Is Surgical Repair of the Fallopian Tubes Ever Appropriate", Review in Obstetrics and Gynecology, 2(3), pp. 176- 185.

14. Surrey Eric S, (2015), "Endometriosis- Related Infertility: The Role of the Assisted Reproductive Technologies", BioMed Research International, pp. 1- 8.

15. Zainab Bello L, (2012), "Role of Falloposcopy in the Management of Subfertility", World Journal of laparoscopic surgery, 5(1), pp. 16- 20.