

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NỮ VÔ SINH DO TRIỆT SẢN LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỐI VÒI TỬ CUNG

Nguyễn Đức Thắng, Lê Hoài Chương
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Từ khóa: Phẫu thuật, Vòi tử cung, Triệt sản.
Keywords: Surgery, Fallopian tube, Sterilization.

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Nhân xét một số đặc điểm của bệnh nhân vô sinh do triệt sản được phẫu thuật nối vòi tử cung ở bệnh nhân vô sinh do triệt sản tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, số liệu thu thập từ 154 bệnh nhân sau phẫu thuật nối vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Kết quả: Nhân khẩu học: 49,35% dưới 35 tuổi, nghề nghiệp nông dân 61,04%, nông thôn chiếm 72,08. Tiền sử: Mổ đẻ 26,62%, mổ khác 3,9%; nhiễm lao 0,65%, nhiễm Chlamydia 14,29%; Triệt sản bằng kẹp 52,6%, bằng Pomeroy 47,4%; thời gian triệt sản trên 5 năm 78,57%. Hình ảnh vòi tử cung trước phẫu thuật: Tắc bóng - eo 93,51%, dính vòi tử cung 32,47%, độ dài vòi tử cung trên 3cm 79,87%. Vị trí nối vòi tử cung: kê - eo 1,3%, eo-eo 72,73%, eo-bóng 24,68%, bóng - bóng 1,3%. Kết quả: Có thai 56,49% với 2,60% thai ngoài tử cung. Trong số bệnh nhân có thai 79,31% có thai trong vòng 12 tháng, sinh con thứ 2 chiếm 26,44%.

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi cao, thời gian triệt sản lâu, vòi tử cung ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật, Vòi tử cung, Triệt sản.

Abstract

CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH TUBAL STERILIZATION RELATED OUTCOME OF FALLOPIAN TUBE RECONSTRUCTION

Objectives: In order to understand characteristics of women patients with tubal sterilization, treated by reconstructed fallopian tubes, in National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Methods: The study was used a descriptive, cross-sectional method, we evaluated 154 tubal sterilization women after treatment by tube reconstruction.

Results: The study found that: Patients' demography: 49.34% under

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Đức Thắng,
email: nguyenthangpstu@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 01/03/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/03/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 28/04/2017

the age of 35; 61.04% are peasants; 72.08% from rural areas. Patients' prehistory: 26.62% were caesarean sections, 3.9% had other adomial surgery, 0.65% infected with tuberculosis, 14.29% infected with clamylidia, 52.6% sterilized by Hulka clip, 47.4% sterilized by Pomeroy technique, 78.57% are over 5 years from sterilized. Fallopian tubes of patients before surgery: 93.51% blocked at isthmic-ampullary segments; 32.47% sticky; 79.87% length over 3cm. Fallopian tube segments of patients were reconstructed: 1.3% interstitial-isthmic; 72.73% isthmic-isthmic; 24.68 % isthmic-ampullary; 1.3% ampullary-ampullary. Treatment outcome: 56.49% prenagnt, 2.60% ruptured ectopic pregnant; among pregnant woman after the sugery: 79.31% pregnant withthin 12 month after the surgery; 26.44% have 2nd baby after the surgery.

Conclusions: Majority of these patients were elderly, long time from from tubal sterilization to tube reconstruction, fallopian tubes were short.

Keywords: Surgery, Fallopian tube, Sterilization.

1. Đặt vấn đề

Tỉ lệ vô sinh nữ chiếm khoảng 40%, trong đó vô sinh thứ phát do tắc vòi tử cung (VTC) chiếm tỉ lệ 40 - 60 % [1-4]. Nguyên nhân gây tắc VTC có thể do viêm nhiễm phụ khoa, nạo hút thai, phẫu thuật vùng tiểu khung, các khối u vùng tiểu khung và sau đẻ được triệt sản hoặc triệt sản theo yêu cầu. Vô sinh thứ phát do triệt sản có tỉ lệ khá cao nhưng tỉ lệ xin phẫu thuật nối lại VTC khoảng 1,5% - 15%, tại Việt Nam tỉ lệ này khoảng 2,9% vì một số nguyên nhân như con chết, bệnh tật, triệt sản ở nước ngoài, xây dựng gia đình mới [5-7], nên những năm gần đây nhu cầu xin phẫu thuật nối lại VTC ngày càng nhiều. Tuy nhiên cho đến nay điều trị vô sinh do VTC vẫn còn là một vấn đề nan giải của chuyên ngành sản phụ khoa, đặc biệt là vấn đề vô sinh do triệt sản.

Phẫu thuật điều trị nối VTC do triệt sản được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1998 cho kết quả tương đối khả quan. Một số đánh giá cho thấy đây là phương pháp hiệu quả cao, mặc dù vậy phụ thuộc nhiều vào các đặc điểm của bệnh nhân (như độ tuổi, tiền sử, tổn thương cấu trúc VTC,...)[5][6]. Do vậy, tìm hiểu các đặc

điểm bệnh nhân nối VTC qua đó tìm ra giải pháp nâng cao kết quả phẫu thuật nối VTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Một số đặc điểm bệnh nhân vô sinh do triệt sản được phẫu thuật nối vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương".

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán VS II do TS được phẫu thuật nối VTC tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng

Cỡ mẫu theo công thức:

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

n : Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

p: Tỷ lệ vô sinh do triệt sản ở nữ, tham khảo từ các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam khoảng khoảng 2,9%=0,029 [5][7]

d : Độ chính xác mong muốn lấy d=0,03

Cỡ mẫu bệnh nhân tối thiểu cho nghiên cứu

là 121, thực tế chúng tôi thu thập được 154 bệnh nhân.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về bệnh nhân nổi VTC

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	20-34	76	49,35
	>35	78	50,65
Nghề nghiệp	Nông dân	94	61,04
	Nghề khác	60	39,96
Địa dư	Thành thị	43	27,92
	Nông thôn	111	72,08
Tổng	154	100	

Độ tuổi, trung bình $34,25 \pm 4,90$ với hơn một nửa số bệnh nhân ở lứa tuổi ngoài 35 tuổi. Đa số bệnh là nông dân, với 61,04%, hầu hết từ khu vực nông thôn với tỷ lệ 72,08%.

Bảng 2. Tiền sử phẫu thuật của bệnh nhân

Tiền sử phẫu thuật (n=154)	Tần số	Tỷ lệ %	
Tiền sử phẫu thuật	Mổ đẻ	41	26,62
	Mổ triệt sản	154	100
	Mổ khác	6	3,9
Tiền sử viêm nhiễm	Lao	1	0,65
	Chlamydia	22	14,29

Tiền sử phẫu thuật có hơn 1/4 số bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ, mổ khác 3,9%. Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa, lao chiếm 0,65%, Chlamydia 14,29%.

Bảng 3. Tiền sử phương pháp và thời gian triệt sản

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ	
Phương pháp	Kẹp	81	52,6
	Pomeroy	73	47,4
Thời gian sau triệt sản	Dưới 5 năm	33	21,43
	Từ 5-10 năm	69	44,81
	Trên 10 năm	52	33,77
Tổng	154	100	

Bảng 3. Tiền sử phương pháp triệt sản bằng kẹp chiếm 52,6%, Pomeroy 47,4% bệnh nhân. Thời gian sau triệt sản đa phần là trên 5 năm với gần 80%.

Bảng 4. Tắc VTC hầu hết ở vị trí bóng -eo với 93,51%, tất cả các bệnh nhân Cotte (-) và buồng tử cung bình thường. Gần 1/3 số trường hợp dính VTC, độ dài VTC còn lại chủ yếu từ 3-5cm với 73,38%.

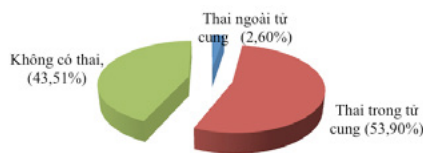
Bảng 5. Vị trí nổi VTC ở vị trí eo-eo chiếm đa số với 72,73%, trong khi ở vị trí kê - eo và bóng - bóng chiếm số lượng thấp với tỷ lệ cùng bằng 1,3% tổng số bệnh nhân nổi VTC.

Bảng 4. Hình ảnh phim chụp tử cung, vòi tử cung trước phẫu thuật

Hình ảnh chụp TC-VTC	Tần số	Tỷ lệ %	
Tắc VTC	Tắc gần kê-eo	4	2,6
	Tắc bóng-eo	144	93,51
	Tắc xa bóng loa	6	3,9
Cotte	(-)	154	100
	(+)	0	0
Buồng tử cung	Biến dạng	0	0
	Bình thường	154	100
Độ dính VTC	Không dính	104	67,53
	Có dính	50	32,47
Độ dài còn lại VTC	Dưới 3 cm	31	20,13
	Từ 3 cm đến 5 cm	113	73,38
	Trên 5cm	10	6,49
Tổng	154	100	

Bảng 5. Vị trí nổi vòi tử cung

Vị trí	Tần số	Tỷ lệ %
Kê-eo	2	1,3
Eo-eo	112	72,73
Eo-bóng	38	24,68
Bóng-bóng	2	1,3
Tổng	154	100



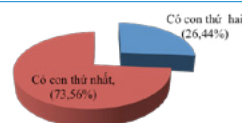
Biểu đồ 1. Kết quả sau nối vòi tử cung

Kết quả sau nối vòi tử cung ở các bệnh nhân triệt sản cho thấy số bệnh nhân có thai là 87 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,49%, số bệnh nhân không có thai là 67 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 43,51%. Trong đó có thai ngoài tử cung là 4 trường hợp chiếm 2,60%, có thai trong tử cung với 83 trường hợp chiếm 53,90%.

Bảng 6. Thời gian có thai sau phẫu thuật nối VTC

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ %
1-6 tháng	42	48,28
6-12 tháng	27	31,03
12-24 tháng	16	18,39
Trên 24 tháng	3	3,45
Tổng	87	100

Sau phẫu thuật nối VTC, gần 1 nửa bệnh nhân có thai từ sau 1-6 tháng, 31,03% có thai sau 6-12 tháng, 18,39% có thai sau 12-24 tháng và 3,45% có thai sau trên 24 tháng.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sinh con thứ 2 của các trường hợp có con

Trong tổng số 87 trường hợp sinh con, tỷ lệ sinh con thứ 2 là 26,44%

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Độ tuổi bệnh nhân: Nghiên cứu chúng tôi tương tự với Nguyễn Đức Vy độ tuổi nối VTC trung bình là $32 \pm 5,7$ [5]. So sánh với Đinh Bích Thủy (2009), vô sinh thứ phát độ tuổi 20-24 là 3,8%, 25-29 là 33,1%, 30-34 là 39,6%, 35-39 là 17,9%, 40-45 là 5,6% [6]. Độ tuổi thấp, việc chữa vô sinh sớm sẽ có nhiều cơ hội có thai hơn cho các bệnh nhân.

Nghề nghiệp bệnh nhân: Nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt so với Nguyễn Đức Vy nghề nghiệp của bệnh nhân nối VTC sau triệt sản trong số 17 bệnh nhân thì có 41,2% là lao động tự do, 35,3% là nông dân [5].

Nơi sinh sống bệnh nhân: Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với Nguyễn Đức Vy với 52,9% số bệnh là sống ở thành thị và 47,1% ở nông thôn [5].

4.2. Đặc điểm tiền sử bệnh nhân

Tiền sử phẫu thuật bệnh nhân: Mổ đẻ 26,62%, mổ khác 3,9%. Theo Đinh Thị Bích Thủy vô sinh do tắc VTC, tiền sử phẫu thuật sản khoa 1,6% [6]. Điều này do nghiên cứu Đinh Bích Thủy là cả vô sinh thứ phát và nguyên phát.

Mổ khác tỷ lệ của chúng tôi cao hơn Đinh Bích Thủy, bệnh nhân vô sinh có tiền sử phẫu thuật viêm ruột thừa, tắc ruột là 2,2%, phẫu thuật phụ khoa là 1,6% [6]. Một nghiên cứu tại Đức năm 1997 có tới 25% phụ nữ phẫu thuật ruột thừa, chữa ngoài tử cung, phẫu thuật trên tử cung hay buồng trứng đều ảnh hưởng xấu đến khả năng sinh sản [6]. Việc chỉ định các phẫu thuật trên tử cung hay buồng trứng hết sức chặt chẽ, đặc biệt hiện nay chỉ định mổ lấy thai lan tràn cũng là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng thụ thai.

Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa: 0,65% có tiền sử mắc lao, 14,29% có tiền sử Chlamydia. So sánh với Đinh Thị Bích Thủy ở đối tượng vô sinh cả nguyên phát và thứ phát tiền sử lao là 1,6%, lậu là 2,5%. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ Chlamydia cao hơn của Đinh thị Bích Thủy, tiền sử mắc là 10,1% [6]. Theo tác giả Douvier (1996 Chlamydia ở phụ nữ tại Pháp là 81,5% [8]. Nhiễm Chlamydia dễ gây tổn thương niêm mạc cổ tử cung nhất, điều này ảnh hưởng đến khả năng thụ thai tức là ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật nối VTC mà trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện. Theo Parikh FR (1997) vô sinh do

lao chiếm 39% phụ nữ vô sinh do tắc VTC [9]. Các triệu chứng về lậu ở nữ giới thường kém rõ rệt hơn ở nam giới nên thường được điều trị muộn hơn. Nếu không được điều trị hậu quả là gây ứ nước, ứ mủ VTC và thường tổn thương cả hai VTC.

Thời gian triệt sản: Nghiên cứu của chúng tôi thời gian sau triệt sản là lâu hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy trên 25 bệnh nhân năm 2004 cho thấy thời gian sau triệt sản từ dưới 5 năm chiếm tỷ lệ lớn với 62,5%, từ 6-10 năm chiếm tỷ lệ 33,3%, và không có trường hợp nào trên 10 năm [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với Đinh Thị Bích Thủy (2009), thời gian triệt sản từ dưới 5 năm là 34,4%, trên 5 năm là 65,6% [6].

Tiền sử phương pháp triệt sản: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với Đinh Thị Bích Thủy với 65,6% là sử dụng biện pháp triệt sản bằng kỹ thuật Pomeroy, trong khi đó kẹp VTC chiếm tỷ lệ 26,2% [6]. Do mỗi phương pháp triệt sản khác nhau tác động phá vỡ cấu trúc vòi tử cung là khác nhau, do vậy có thể ảnh hưởng đến sự thành công trong việc phẫu thuật nối VTC trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật nối VTC

Hình ảnh phim chụp tử cung, vòi tử cung: Tắc VTC 2,6% tắc ở gần kê-eo, tắc bóng-eo là 93,51% tắc bóng xa loa là 3,9%. Tỷ lệ Cotte 100% là (-), hình dạng buồng tử cung 100% bình thường. Theo Đinh Bích Thủy các trường hợp tắc VTC thì có 46% tắc ở kê, 18,9% tắc ở eo và 18,9% tắc ở bóng và loa [6]. Vị trí tắc có vai trò quan trọng và quyết định đến khả năng nối VTC từ đó quyết định việc thành công tức là bà mẹ có thể mang thai trở lại.

Dính vòi tử cung: Trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 32,47%, thấp hơn khi so sánh với Đinh Bích Thủy tỷ lệ dính là 58,4% có dính [6].

Độ dài vòi tử cung còn lại: VTC còn dưới 3cm chiếm tỷ lệ 20,13%, độ dài từ 3-5cm chiếm tỷ lệ 73,38%, độ dài trên 5cm chiếm tỷ lệ 6,49%. So sánh với nghiên cứu của Đinh Bích Thủy độ dài VTC còn lại dưới 4cm là 18%, từ 4-6cm là 54,1%, trên 6cm là 27,9% [6]. Thực tế độ dài VTC còn lại càng lớn càng đảm bảo sự nguyên vẹn của VTC thì nối VTC có tỷ lệ thành công cao hơn. Theo Nguyễn Đức Vy nếu độ dài VTC về 2 phía sừng tử cung thông thường là 2,5-3cm thì kết quả nối sẽ dễ dàng, nhanh và kết quả thực tế là cao (đoạn eo vòi tử cung) [5].

4.4. Kết quả nối vòi tử cung

Vị trí nối vòi tử cung: Vị trí nối VTC ở vị trí kẽ- eo là 1,3% vị trí eo- eo là 72,73%, vị trí eo- bóng là 24,68%, vị trí bóng- bóng là 1,3%. Theo Nguyễn Đức Vy, kết quả phẫu thuật VTC nếu nối đoạn eo- eo vòi, có thai trong tử cung là 75%, nếu nối sừng tử cung- eo vòi, nối sừng tử cung- eo vòi có thai trong tử cung là 70%, nối đoạn eo- bóng vòi có thai trong tử cung là 64%, nối đoạn bóng- bóng, có thai trong tử cung là 57% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có ca nào có dấu hiệu biến chứng, phù hợp với Nguyễn Đức Vy với 174 ca nối VTC sau triệt sản không có ca nào tai biến ảnh hưởng đến người bệnh [5]. Điều này cho thấy sự hiệu quả của phương pháp nối VTC sau triệt sản.

Kết quả sau nối VTC: Tỷ lệ có thai là 56,5%, trong đó thai ngoài tử cung là 2,60%. Kết quả của chúng tôi cao hơn Đinh Bích Thủy kết quả nối VTC sau triệt sản, trong đó 41% có thai trong đó 1,6% số trường hợp có thai ngoài tử cung [6]. Theo báo cáo của các tài liệu tham khảo ở các trung tâm hỗ trợ sinh sản tại Mỹ, Pháp, Anh, Canada thì tỷ lệ thành công có thai và bồng con về nhà đạt từ 60-85% (như ở Nice của Pháp) hoặc ở các Trung tâm hiện tại Viện Đại học London (Anh), khoa Y ở Ontario Canada, Boston (Hoa Kỳ) 1983 (Tài liệu trích dẫn từ Vi phẫu vòi tử cung- Nhà Xuất Bản Y học) [5].

Tỷ lệ chữa ngoài tử cung các trường hợp nối VTC theo tác giả Nguyễn Đức Vy là thấp, song chắc chắn nó cũng chỉ là tỷ lệ thông thường của mổ cổ điển về tỷ lệ này từ 0,58-1,3% tổng số thai. Đối với thế giới và theo các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ của chữa ngoài tử cung cũng rất ít và thấp như làm thụ tinh trong ống nghiệm, di chuyển phôi. Theo Rock là từ 1-4% của hơn 550 trường hợp nối lại VTC. Ở Hoa Kỳ còn gia tăng từ 0,45 (1970) đến 19,7% (1989) sau 30 năm [5].

Thời gian có thai sau phẫu thuật: Từ 1-6 tháng là 48,28%, 6-12 tháng là 31,03%, 12-24 tháng là 18,39%, trên 24 tháng là 3,45%. Kết quả của chúng tôi nhìn chung muộn hơn so với Đinh Bích Thủy thì thời gian có thai sau phẫu thuật trung bình là 5,5 tháng. Thời gian có thai sau phẫu thuật trung bình cao nhất từ 1-3 tháng 30,8%, đến 4-6 tháng 42,3%, giảm dần sau 7-9 tháng 11,5%, sau 10-12 tháng 15,4% [6]. Theo Nguyễn Đức Vy thời gian có thai trở lại sau vi phẫu nối lại VTC trung bình từ 4-10 tháng, cá biệt có trường hợp có thai ngay tháng đầu tiên sau mổ [5].

Tỷ lệ sinh con thứ 2 với tỷ lệ 26,44%. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ được tiến hành trong khoảng thời gian hạn chế (trong khoảng 4 năm) do vậy việc sinh con thứ 2 chưa đánh giá được. Hơn nữa, việc sinh con còn phụ thuộc và kế hoạch sinh con của các cặp vợ chồng cũng như phụ thuộc vào các yếu tố sinh bệnh học khác của các cặp vợ chồng. Do vậy, tỷ lệ sinh con thứ 2 chỉ là số liệu mang tính chất tham khảo và không thể đánh giá được hiệu quả của biện pháp.

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy nối vòi tử cung là phương pháp mang lại hiệu quả cao cho phụ nữ bị triệt sản bằng phương pháp thắt hoặc cắt vòi tử cung muốn có con lại. Mặt khác phương pháp đảm bảo quá trình mang thai tự nhiên.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều trị không thành công 43,51%, điều này do một số yếu tố đặc điểm của bệnh nhân như: bệnh nhân nhiều tuổi (>35 chiếm 50,65%), vòi tử cung còn lại sau triệt sản ngắn (X-Quang dưới 3cm chiếm 20,13%), phương pháp triệt sản là pomeroy và đốt điện (chiếm 47,4%), thời gian phẫu thuật sau triệt sản trên 5 năm cao (chiếm 78,57%).

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Khắc Liêu. Đại cương vô sinh. Chẩn đoán và điều trị vô sinh. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2003; tr. 7 – 14.
2. Nguyễn Thanh Kỳ. Cách thăm khám một cặp vợ chồng vô sinh. Chẩn đoán và điều trị vô sinh. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2003; tr 42 – 46.
3. Nguyễn Viết Tiến. Các quy trình chẩn đoán và điều trị vô sinh. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2013.
4. Nguyễn Đức Mạnh. Nghiên cứu nguyên nhân vô sinh ở 1000 trường hợp điều trị vô sinh tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Luận án thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội. 1998.
5. Nguyễn Đức Vy. Vi phẫu vòi tử cung. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007.
6. Đinh Bích Thủy. 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. Đại học Y Hà Nội. 2009.
7. Trần Thị Chung Chiến, Lê Vương Văn Vệ. Áp dụng phương pháp thắt ống dẫn trứng và nhu cầu phục hồi sau triệt sản. Tạp chí Y học thực hành. Hà Nội. 2001; tr 4-5.
8. Dourier S et al. Chlamydia-trachomatis infection: Risk factor. Contracept Fertil Sex. 1996; 24(5). Pp.391-398.
9. Duibuisson J.B. Are there still indications for tubal surgery in infertility?. Presse Med. Nov 14 1997; 27 (35), pp 1793-94.