

KẾT QUẢ CÓ THAI CỦA PHƯƠNG PHÁP NONG VÒI TỬ CUNG QUA SOI BUỒNG TỬ CUNG KẾT HỢP VỚI NỘI SOI Ổ BỤNG

Nguyễn Bá Thiết✉, Nguyễn Việt Tiến, Vũ Văn Du

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Nong tắc đoạn gần vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng là một trong những phương pháp điều trị vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung nhằm mang đến cơ hội có thai tự nhiên cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 32 bệnh nhân đã thực hiện phẫu thuật nong vòi tử cung thành công, sau đấy theo dõi có thai tự nhiên trong 12 tháng sau phẫu thuật, cho kết quả: Tỷ lệ có thai cộng dồn tăng dần theo thời gian cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ có thai khi kết thúc nghiên cứu là 41,79%. Dính phần phụ là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng có thai sau nong vòi tử cung, cụ thể tỷ lệ có thai ở những bệnh nhân không dính phần phụ, dính nhẹ, dính vừa lần lượt là: 80%, 31,43% và 7,69%. Thời gian vô sinh và số vòi tử cung được nong thành công có liên quan đến tỷ lệ có thai (khi phân tích đơn biến), tuy nhiên sự liên quan này không chặt chẽ vì bị tác động bởi yếu tố dính phần phụ (khi phân tích đa biến).

Từ khóa: Nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung, đoạn gần vòi tử cung, tỷ lệ có thai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những nguyên nhân vô sinh nữ là do bệnh lý vòi tử cung (VTC), trong đó vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung chiếm khoảng 10% - 25%.^{1,2}

Nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng là một trong những phương pháp điều trị vô sinh do tắc đoạn gần vòi tử cung nhằm mục đích để bệnh nhân có cơ hội có được thai tự nhiên.³ Theo báo cáo của một số tác giả, tỷ lệ có thai tự nhiên sau nong vòi tử cung bằng phương pháp này từ 27% đến 54,5%.^{4,5}

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về phương pháp này. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 2 năm 2017 đã bắt đầu

triển khai phương pháp nong tắc đoạn gần vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung dưới kiểm soát của nội soi ổ bụng. Cho đến nay sau hơn 4 năm thực hiện được gần 80 ca phẫu thuật nong vòi tử cung, đã mang lại những kết quả khả quan. Vậy nên chúng tôi muốn thực hiện nghiên cứu: “Kết quả có thai của phương pháp nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng” với mục tiêu: đánh giá tỷ lệ có thai sau nong vòi tử cung và một số yếu tố liên quan của phương pháp nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả những bệnh nhân tắc gần 2 VTC được xác định qua nội soi ổ bụng và đã được nong tắc thành công ít nhất 1 VTC. Trong 4 năm triển khai kỹ thuật chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nong VTC cho 74 bệnh nhân tại Bệnh viện Phụ

Tác giả liên hệ: Nguyễn Bá Thiết,
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
Email: bacsithiet1983@gmail.com
Ngày nhận: 12/08/2021
Ngày được chấp nhận: 06/09/2021

Sản Trung ương. Trong đó, 32 bệnh nhân được nong thành công. Những bệnh nhân được nong vòi tử cung thành công này sẽ được theo dõi có thai tự nhiên trong vòng 1 năm sau đó. Trong bài báo này chúng tôi sẽ tập trung phân tích về kết quả có thai của 32 bệnh nhân được nong tắc thành công VTC.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả những bệnh nhân tắc gần 2 VTC được xác định qua nội soi ổ bụng và đã được nong tắc thành công ít nhất 1 VTC.

- Bệnh nhân có tuổi từ 40 tuổi trở xuống.
- Trên nội soi ổ bụng, đoạn xa VTC 2 bên chưa bị tổn thương (mềm mại, không chít hẹp, không giãn tắc).
- Tinh dịch đồ của chồng bình thường.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có các bệnh lý kèm theo như: Polyp buồng tử cung, dính buồng tử cung, u xơ cơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, dị dạng sinh dục, lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, khối u buồng trứng.
- Có tổn thương đoạn xa VTC.
- Tiền sử đã có can thiệp trên VTC như: phẫu thuật bảo tồn VTC do chửa ngoài tử cung, tạo hình đoạn xa vòi tử cung...

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu: Kỹ thuật được triển khai nghiên cứu từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 2 năm 2021.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu triển khai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Các bước trong nghiên cứu:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân

Những bệnh nhân vô sinh được xác định có tắc đoạn gần 2 VTC trên nội soi ổ bụng chẩn đoán, cùng với đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chỉ định nong tắc đoạn gần VTC bằng phương pháp nong VTC qua soi

buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng. Một bệnh nhân được gọi là nong thành công khi có ít nhất 1 VTC được nong thành công, tức là khi trên nội soi đầu catheter nong qua được đoạn tắc và sau khi rút catheter, bơm xanhmethylen thấy thuốc qua loa VTC.

Bước 2: Theo dõi có thai

Những bệnh nhân nong tắc VTC thành công sẽ được theo dõi có thai tự nhiên trong 12 tháng đầu tiên sau phẫu thuật.

Các yếu tố đánh giá kết quả:

- Tỷ lệ có thai sau phẫu thuật:
 - + Có thai: Khi beta hCG > 25 IU/l hoặc/và thấy hình ảnh túi thai điển hình trên siêu âm.⁶
 - + Phân loại thai: Thai trong tử cung, thai ngoài tử cung, thai sinh hóa, không có thai. Trong đó thai sinh hóa hay còn gọi là sảy thai sinh hóa là các trường hợp xét nghiệm beta hCG dương tính nhưng sau đó không phát triển thành thai lâm sàng.⁷
 - + Thời gian có thai: là thời gian có thai sau phẫu thuật (đơn vị tháng).
 - + Tỷ lệ có thai thô: được tính không phụ thuộc vào thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật, theo công thức sau:

$$\text{Tỷ lệ có thai thô} = \frac{\text{Số trường hợp có thai}}{\text{Tổng số trường hợp được nong tắc VTC thành công}}$$

- + Tỷ lệ có thai cộng dồn: được tính phụ thuộc vào thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật, theo công thức sau:

Tỷ lệ có thai cộng dồn = 1 - Tỷ lệ không có thai tại thời điểm khảo sát x Tỷ lệ không có thai theo thời gian thời điểm trước khảo sát

- Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai:
 - + Mức độ dính phần phụ: Đánh giá mức độ dính phần phụ theo bảng phân loại của Bruhat và cộng sự: không dính, dính nhẹ, dính vừa, dính nặng.⁸
 - + Thời gian vô sinh: ≤ 36 tháng, ≥ 36 tháng.
 - + Số VTC được nong thành công trên mỗi bệnh nhân: nong thành công một VTC, nong

thành công hai VTC.

Vật liệu, dụng cụ, máy móc sử dụng trong nghiên cứu:

- Sử dụng dàn nội soi của hãng Karl Storz của Pháp.

- Catheter and guidewire: do hãng Cook Medical cung cấp, có đường kính 3Fr và dài 50 cm.

- Máy siêu âm để siêu âm thai.

- Xét nghiệm định lượng beta hCG.

3. Xử lý số liệu

Quản lý và xử lý tất cả các số liệu theo chương trình SPSS 13.0 và STATA 15.0. Dùng các test thống kê mô tả được tính toán cho tất cả các biến số: dùng kiểm định Logrank để so sánh tỷ suất có thai theo thời gian của các nhóm. Hồi quy đa biến Cox để khảo sát mức độ ảnh hưởng của các yếu tố liên quan lên khả năng có thai, thông qua tỷ số nguy cơ HR. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình nếu phân phối theo quy luật chuẩn, dưới dạng trung vị nếu không phân phối theo quy luật chuẩn. Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Đường biểu diễn Kaplan-Meier dùng để mô tả các thời điểm có thai xảy ra theo thời gian sau phẫu thuật.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên

tắc đạo đức của nghiên cứu y học. Tất cả các bệnh nhân được mời tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu, những lợi ích lâu dài nhờ nghiên cứu này mang lại. Những thông tin có được từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho nghiên cứu này mà thôi. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và đã được chấp thuận tháng 12 năm 2017.

III. KẾT QUẢ

Trong vòng 4 năm chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nong tắc đoạn gần VTC cho 74 bệnh nhân. Trong đó, 32 bệnh nhân được nong thành công ít nhất một VTC. 32 bệnh nhân này sẽ được theo dõi có thai tự nhiên ngay ở chu kỳ đầu tiên sau phẫu thuật trong 12 tháng. Tuy nhiên, có 2 bệnh nhân đã xin dừng theo dõi mà chuyển làm thụ tinh trong ống nghiệm sau phẫu thuật 6 tháng và 8 tháng. Tỷ lệ có thai tỷ lệ có thai thô 1 năm sau phẫu thuật là 37,5%. Trong đó, 31,2% có thai trong buồng tử cung, 6,3% có thai sinh hóa, không có trường hợp nào có thai ngoài tử cung.

Tuổi trung bình của những trường hợp nong VTC thành công: $30,66 \pm 4,77$. Thời gian có thai trung bình: $5,75 \pm 3,72$ (tháng).

1. Tỷ lệ có thai cộng dồn

Bảng 1. Tỷ lệ có thai cộng dồn

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
1	32	1	3,13	0,0045 – 0,2018
2	31	3	12,50	0,0488 – 0,2996
3	28	0	12,50	0,0488 – 0,2996
4	28	1	15,63	0,0682 – 0,3354

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
5	27	1	18,75	0,0889 – 0,3705
6	26	1	21,94	0,1111 – 0,4058
7	24	1	25,19	0,1347 – 0,4413
8	23	1	28,51	0,1596 – 0,4769
9	21	1	31,92	0,1858 – 0,5127
10	21	0	31,92	0,1858 – 0,5127
11	20	1	35,32	0,2130 – 0,5474
12	19	1	41,79	0,2537 – 0,6324

Tỷ lệ có thai cộng dồn khi kết thúc nghiên cứu là 41,79%. Tỷ lệ có thai tăng dần theo thời gian cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2. Có thai và dính phần phụ

Tỷ lệ có thai cộng dồn của các mức độ dính phần phụ:

Bảng 2. Tỷ lệ có thai cộng dồn của các mức độ dính phần phụ

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
Không dính	(n = 12)	(n = 9)		
1	12	1	8,33	0,0122 – 0,4610
2	11	2	25,00	0,0883 – 0,5916
4	9	1	33,33	0,1403 – 0,6630
5	8	1	41,67	0,1991 – 0,7299
6	7	1	50,00	0,2639 – 0,7915
8	6	1	58,33	0,3347 – 0,8475
11	5	1	66,67	0,4116 – 0,8973
12	4	1	80,00	0,5142 – 0,9723
Dính nhẹ	(n = 7)	(n = 2)		
2	7	1	14,29	0,0214 – 0,6659
6	6	0	14,29	0,0214 – 0,6659
9	5	1	31,43	0,0879 – 0,7872
12	4	0	31,43	0,0879 – 0,7872

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
Dính vừa	(n = 13)	(n = 1)		
7	13	1	7,69	0,0112 – 0,4336
8	12	0	7,69	0,0112 – 0,4336
12	11	0	7,69	0,0112 – 0,4336

Tỷ lệ có thai cộng dồn tại thời điểm kết thúc nghiên cứu giảm dần theo mức độ dính vòi tử cung: không dính, dính nhẹ, dính vừa lần lượt là 80%, 31,43% và 7,69%. Phép kiểm Logrank cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai giữa các mức độ dính phần phụ theo thời gian ($p = 0,0015$).

Khảo sát ảnh hưởng của từng mức độ dính phần phụ lên khả năng có thai:

Bảng 3. Ảnh hưởng của từng mức độ dính phần phụ lên khả năng có thai

Mức độ dính phần phụ	Tỷ số nguy cơ HR	Giá trị p	Khoảng tin cậy 95% HR
Dính phần phụ (không dính – có dính)	0,13	0,003	0,003 – 0,50
Dính nhẹ	0,292	0,11	0,06 – 1,35
Dính vừa	0,065	0,01	0,008 – 0,51

Dính phần phụ làm giảm đi khả năng có thai theo thời gian so với không dính phần phụ, với tỷ số nguy cơ HR là 0,13 (95% CI: 0,003 – 0,50). Khả năng có thai giảm dần theo các mức độ tăng dần của dính phần phụ. Tuy nhiên sự liên quan này chỉ có ý nghĩa thống kê với nhóm dính phần phụ mức độ vừa với chỉ số nguy cơ HR là 0,065 (95% CI: 0,008 – 0,51).

3. Có thai và thời gian vô sinh

Bảng 4. Tỷ lệ có thai cộng dồn và thời gian vô sinh

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
< 36 tháng	(n = 15)	(n = 9)		
1	15	1	6,67	0,0097 – 0,3874
2	14	3	26,67	0,1095 – 0,5638
4	11	1	33,33	0,1544 – 0,6247
6	10	1	40,35	0,2052 – 0,6874
7	8	1	47,81	0,2622 – 0,7510
8	7	1	55,84	0,3267 – 0,8152
11	5	1	64,67	0,4008 – 0,8792
12	4	0	64,67	0,4008 – 0,8792

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
> 36 tháng	(n = 17)	(n = 3)		
5	17	1	5,88	0,0085 – 0,3498
9	16	1	11,76	0,0308 – 0,3940
12	15	1	22,79	0,0739 – 0,5817

Phép kiểm định Logrank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai cộng dồn của những bệnh nhân có thời gian vô sinh < 36 tháng và > 36 tháng ($p = 0,0041$). Hồi quy Cox: những bệnh nhân có thời gian vô sinh > 36 tháng làm giảm khả năng có thai có ý nghĩa thống kê với chỉ số nguy cơ HR là 0,17 (95% CI: 0,046 – 0,66) so với những bệnh nhân có thời gian vô sinh < 36 tháng ($p = 0,01$).

4. Có thai và số VTC được nong tắc thành công

Bảng 5. Tỷ lệ có thai cộng dồn và số VTC được nong thành công

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN theo dõi theo thời gian (n = 32)	Số BN có thai (n = 12)	Tỷ lệ có thai cộng dồn (%)	Khoảng tin cậy 95%
Nong thành công 1 VTC	(n = 14)	(n = 2)		
5	14	1	7,14	0,0104 - 0,4092
6	13	0	7,14	0,0104 - 0,4092
9	12	1	14,88	0,0393 - 0,4766
12	11	0	14,88	0,0393 - 0,4766
Nong thành công 2 VTC	(n = 18)	(n = 10)		
1	18	1	5,56	0,0080 - 0,3336
2	17	3	22,22	0,0898 - 0,4890
4	14	1	27,78	0,1262 - 0,5438
6	13	1	33,33	0,1657 - 0,5965
7	12	1	38,89	0,2079 - 0,6468
8	11	1	44,71	0,2539 - 0,6984
11	9	1	50,85	0,3043 - 0,7511
12	8	1	61,77	0,3755 - 0,8597

Phép kiểm định Logrank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai cộng dồn giữa những bệnh nhân được nong thành công 1 VTC và những bệnh nhân được nong thành công cả 2 VTC ($p = 0,019$). Hồi quy Cox: những bệnh nhân có 2 VTC được nong thành công làm tăng khả năng có thai có ý nghĩa thống kê với chỉ số nguy cơ HR = 5,11 (95% CI: 1,11 – 23,4) so với những bệnh nhân chỉ nong thành công 1 VTC.

5. Hồi quy đa biến

Bảng 6. Phân tích hồi quy đa biến sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ lên khả năng có thai

Các yếu tố liên quan	Tỷ số nguy cơ HR	Giá trị p	Khoảng tin cậy 95% HR
Dính nhẹ	0,64	0,66	0,09 – 4,60
Dính vừa	0,11	0,03	0,06 – 0,73
Thời gian vô sinh > 36 tháng	0,30	0,099	0,075 – 1,24
Nong thành công hai VTC	2,28	0,41	0,31 – 16,63

Khi có mặt đồng thời 3 yếu tố: dính phần phụ, thời gian vô sinh, số VTC được nong thành công thì chỉ có dính phần phụ mức độ vừa làm giảm khả năng có thai với hệ số nguy cơ HR là 0,11 (95% CI:0,06 - 0,73). Các yếu tố thời gian vô sinh, số VTC được nong thành công khi có mặt lần lượt 2 yếu tố còn lại thì không có tác động lên khả năng có thai.

IV. BÀN LUẬN

Trong 32 trường hợp nong VTC thành công được theo dõi thai tự nhiên ngay từ chu kỳ đầu tiên sau phẫu thuật có 12 (37,5%) trường hợp có thai, trong đó 10 trường hợp có thai trong buồng tử cung, 2 trường hợp có thai sinh hóa và không có trường hợp nào có thai ngoài tử cung được xác định rõ trên siêu âm. Theo như

bảng 1 cho thấy tỷ lệ có thai cộng dồn tăng dần theo thời gian và cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 41,79%, cao hơn tỷ lệ có thai thô (37,5%). Ngoài ra thời gian trung bình có thai trong nghiên cứu này là $5,75 \pm 3,72$ tháng.

Theo Hai Yan Hou và cộng sự năm 2014 khi thực hiện nong tắc đoạn gần VTC 107 bệnh nhân tắc cả hai VTC và 61 bệnh nhân chỉ tắc 1 VTC qua soi buồng tử cung dưới kiểm soát của nội soi ổ bụng. Kết quả nong thành công trên nhóm tắc cả 2 VTC là 65 bệnh nhân. Tỷ lệ có thai thô sau 2 năm của 2 nhóm là 43%, tỷ lệ có thai cộng dồn sau 1 năm là 37,6% và 43,7% sau 2 năm.⁹ Đây là một trong những nghiên cứu có kết quả về tỷ lệ có thai sau nong VTC tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra một số tác giả khác cũng cho một số kết quả:

Tác giả	Năm	Số bệnh nhân nghiên cứu	Tỷ lệ có thai (%)
Mekaru và cộng sự ¹⁰	2011	61	27,7
Jacqueline Chung và cộng sự ¹¹	2012	70	35,8
Hai Yan Hou và cộng sự ⁹	2014	168	37,6
Ikechebelu và cộng sự ¹²	2018	49	25
Siddiqui và cộng sự ¹³	2021	58	29,6
Nguyễn Bá Thiết	2021	74	37,5

Dính phần phụ có nguyên nhân chủ yếu xuất phát từ viêm phần phụ do vi khuẩn, ngoài ra có thể do cơ chế viêm vô khuẩn như lạc nội mạc tử cung hoặc do tiền sử phẫu thuật vùng tiểu

khung. Tất cả những nguyên nhân trên đều có thể dẫn đến vô sinh. Đã có những nghiên cứu chứng minh rằng dính phần phụ ảnh hưởng đến khả năng có thai của bệnh nhân.^{8,14}

Theo phân loại của Bruhat thì dính phần phụ được chia thành 3 mức độ: nhẹ, vừa và nặng. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có những bệnh nhân dính phần phụ nhẹ và vừa, không có dính mức độ nặng.⁸ Theo như bảng 2 thì tỷ lệ có thai tích lũy cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu của những bệnh nhân không có dính phần phụ, dính phần phụ mức độ nhẹ, và dính vừa lần lượt là 80%, 31,43% và 7,69%, sự khác biệt giữa các tỷ lệ này là có ý nghĩa thống kê (kiểm định Logrank, $p = 0,0015$). Ngoài ra khi đánh giá trên mô hình hồi quy Cox đã khẳng định dính phần phụ làm giảm khả năng có thai của những bệnh nhân sau nong VTC thành công với chỉ số nguy cơ HR là 0,13 (95% CI: 0,003 – 0,50), trong đó ảnh hưởng rõ rệt nhất là đối với dính phần phụ mức độ vừa với chỉ số nguy cơ HR là 0,065 (95% CI: 0,008 – 0,51). Còn đối với dính phần phụ mức độ nhẹ có mức độ ảnh hưởng tới khả năng có thai không khác biệt so với nhóm không dính ($p = 0,11$).

Để đánh giá được mức độ dính phần phụ thì phương pháp nong vòi tử cung cần có sự tham gia của nội soi ổ bụng. Những phương pháp nong VTC dưới kiểm soát của màn hình quang tăng sáng hoặc dưới siêu âm đều không thể đáp ứng được điều này. Trên thực tế chỉ một vài nghiên cứu nong vòi tử cung dưới kiểm soát của nội soi ổ bụng có mô tả về yếu tố này. Theo kết quả nghiên cứu của Hai Yan Hou và cộng sự năm 2014 thì tỷ lệ có thai sau nong VTC ở nhóm không dính phần phụ là 35,1% và ở nhóm có dính phần phụ là 27%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên tác giả không phân mức độ dính để phân tích vậy nên chưa thể đánh giá hết được sự ảnh hưởng của dính phần phụ lên khả năng có thai.

Theo Cahill năm 2002, thì thời gian vô sinh trên 3 năm là một trong những yếu tố ảnh hưởng

đến khả năng sinh sản.¹⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai của những bệnh nhân có thời gian vô sinh dưới 36 tháng là 62,67% và trên 36 tháng là 22,79%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Logrank ($p = 0,0041$). Đồng thời qua hồi quy Cox cho thấy thời gian vô sinh trên 36 tháng làm giảm khả năng có thai của bệnh nhân với chỉ số nguy cơ HR là 0,17 (95% CI: 0,046 – 0,66). Đánh giá về yếu tố này Al-Omari và cộng sự năm 2018 khi nghiên cứu trên 61 bệnh nhân cũng đã đưa ra kết quả: đối với bệnh nhân sau nong VTC thành công dưới 35 tuổi tỷ lệ có thai ở nhóm vô sinh dưới 5 năm là 66,7% và trên 5 năm là 18,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên khi so sánh ở những bệnh nhân trên 35 tuổi thì không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa hai nhóm này.¹⁶

Theo bảng 5, tỷ lệ có thai ở những bệnh nhân được nong thành công cả 2 vòi tử cung là 61,77% và ở những bệnh nhân nong thành công chỉ một VTC là 14,88%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Logrank ($p = 0,019$). Ngoài ra những bệnh nhân có 2 VTC được nong thành công làm tăng khả năng có thai có ý nghĩa thống kê với chỉ số nguy cơ HR = 5,11 (95% CI: 1,11 – 23,4) so với những bệnh nhân chỉ nong thành công 1 VTC. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hai Yan Hou khi theo dõi có thai trên 65 bệnh nhân tắc gần 2 VTC đã được nong thành công, với tỷ lệ có thai cộng dồn thời điểm sau phẫu thuật 12 tháng với nhóm nong thành công cả 2 VTC là 36,6% và ở nhóm chỉ nong thành công 1 VTC là 20,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Logrank ($p = 0,03$).⁹

Như vậy, khi phân tích đơn biến thì dính VTC, số năm vô sinh và số VTC được nong thành công đều là những yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai. Tuy nhiên, khi phân tích đa biến

theo hồi quy Cox thì chỉ có dính phần phụ mức độ vừa mới là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng có thai. Dính phần phụ mức độ vừa làm giảm khả năng có thai với chỉ số nguy cơ HR là 0,11 (95% CI: 0,06 - 0,73). Điều này cho thấy sự liên quan của thời gian vô sinh, số VTC được nong thành công liên quan không chặt chẽ với khả năng có thai và bị ảnh hưởng của yếu tố dính phần phụ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân vô sinh có tắc đoạn gần 2 VTC được nong thành công ít nhất 1 VTC bằng phương pháp nong VTC qua soi buồng tử cung kết hợp nội soi ổ bụng, cho thấy: Tỷ lệ có thai tăng dần theo thời gian cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ có thai cộng dồn khi kết thúc nghiên cứu là 41,79%. Dính phần phụ là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng có thai sau nong vòi tử cung, cụ thể tỷ lệ có thai ở những bệnh nhân không dính phần phụ, dính nhẹ, dính vừa lần lượt là: 80%, 31,43% và 7,69%. Thời gian vô sinh và số VTC được nong thành công có liên quan đến tỷ lệ có thai (khi phân tích đơn biến), tuy nhiên sự liên quan này không chặt chẽ vì bị tác động bởi yếu tố dính phần phụ (khi phân tích đa biến).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papaioannou S, Afnan M, Sharif K. The role of selective salpingography and tubal catheterization in the management of the infertile couple. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004; 16(4): 325-329. doi:10.1097/01.gco.0000136499.87452.71
2. Honoré GM, Holden AE, Schenken RS. Pathophysiology and management of proximal tubal blockage. *Fertil Steril*. 1999; 71(5): 785-795. doi:10.1016/s0015-0282(99)00014-x
3. Hoffman BL, Halvorson LM, Schorge JO, Schaffer JI, Hamid C, Corton M, eds. Proximal Fallopian Tube Cannulation. In:

Williams Gynecology. Fourth edition. *McGraw-Hill companies*; 2020: 1067-1068.

4. Allahbadia GN, Merchant R. Fallopian tube recanalization: lessons learnt and future challenges. *Women's Health*. 2010; 6(4): 531-549.
5. Swati A. Tactile transuterine cannulation for treatment of proximal tubal blocks using in vitro fertilization disposables. *IVF Lite*. 2016; 3(2): 68-75. doi:10.4103/2348-2907.192297
6. Pagana KD, Pagana TJ, Pagana TN. *Mosby's Diagnostic & Laboratory Test Reference*. fifteenth edition. St. Louis, Mo: Elsevier; 2020.
7. Dahan MH, Zeadna A, Dahan D, Son W-Y, Steiner N. The biochemical pregnancy loss rate remains stable up irrespective of age and differs in pattern from clinical miscarriages. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. 2021; 37(1): 61-64. doi:10.1080/09513590.2020.1807931
8. Bruhat MA, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Canis M. CO2 laser laparoscopy. *Baillières Clin Obstet Gynaecol*. 1989; 3(3): 487-497. doi:10.1016/S0950-3552(89)80005-7
9. Hai Yan Hou, Chen YQ, Li T-C, Hu CX, Chen X, Yang ZH. Outcome of laparoscopy-guided hysteroscopic tubal catheterization for infertility due to proximal tubal obstruction. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21(2): 272-278.
10. Mekar K, Yagi C, Asato K, Masamoto H, Sakumoto K, Aoki Y. Hysteroscopic tubal catheterization under laparoscopy for proximal tubal obstruction. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284(6): 1573-1576. doi:10.1007/s00404-011-2007-6
11. Chung JPW, Haines CJ, Kong GWS. Long-term reproductive outcome after hysteroscopic proximal tubal cannulation--an outcome analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012; 52(5): 470-475.

12. Ikechebelu JI, Eleje GU, Bhamare P, Joe-Ikechebelu NN, Okafor CD, Akintobi AO. Fertility Outcomes following Laparoscopy-Assisted Hysteroscopic Fallopian Tube Cannulation: A Preliminary Study. *Obstet Gynecol Int*. 2018; 7060459. doi:10.1155/2018/7060459
13. Siddiqui M, Ghafoor N, Abdullah RS, et al. Laparoscopy Guided Hysteroscopic Tubal Cannulation: A Study on Fertility Outcome. *Bangladesh J Fertil Steril*. 2021; Vol.1(1):18-22.
14. Milingos SD, Kallipolitis GK, Loutradis DC, et al. Laparoscopic treatment of hydrosalpinx: factors affecting pregnancy rate. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000; 7(3): 355-361. doi:10.1016/s1074-3804(05)60479-3
15. Cahill DJ, Wardle PG. Management of infertility. *BMJ*. 2002; 325(7354): 28-32. doi:10.1136/bmj.325.7354.28
16. Al-Omari MH, Obeidat N, Elheis M, Khasawneh RA, Gharaibeh MM. Factors Affecting Pregnancy Rate Following Fallopian Tube Recanalization in Women with Proximal Fallopian Tube Obstruction. *J Clin Med*. 2018;7(5). doi:10.3390/jcm7050110

Summary

PREGNANCY RESULTS OF THE LAPAROSCOPY GUIDE HYSTEROSCOPIC TUBAL CATHETERIZATION METHOD WITH INFERTILITY PATIENTS

Laparoscopy-guided hysteroscopic tubal catheterization is one of the treatments for infertility due to proximal tube obstruction in order to provide the patient with a natural chance of pregnancy. In our study, 32 patients had successfully cannulated, then followed up with a natural pregnancy for 12 months after surgery. The cumulative pregnancy rate gradually increased over time until the end of the study. The cumulative pregnancy rate at the end of the study was 41.79%. Adnexal adhesion is a factor affecting the possibility of pregnancy after cannulating, specifically, the pregnancy rate in patients with no adnexal adhesions, mild adhesions, and moderate adhesions were: 80%, 31.43% and 7.69%, respectively. The duration of infertility and the number of successfully cannulated fallopian were related to the pregnancy rate (univariate analysis), but this association was not strong because it was affected by adnexal adhesions (multivariate analysis).

Keywords: Hysteroscopic tubal catheterization, proximal tubal obstruction, the pregnancy rate