

nhân nào nhóm CHO và 1 bệnh nhân nhóm FAST thuộc độ 2. Đây là bệnh nhân béo phì với BMI 26,5 kg/m². Không có sự khác biệt về phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm giữa 2 nhóm với p=0,42. Kết quả này cũng tương tự các tác giả Lý Huyền Hòa², Đỗ Nguyễn Trọng Nhân³, Bisinotto⁵, Cho E.A. và CS⁶.

Uống maltodextrin 15% cũng không làm thay đổi pH dịch dạ dày sau khởi mê: ở nhóm can thiệp CHO có pH là 3,34±1,08 cao hơn nhóm chứng FAST là 2,99±1,06 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,11. Việc nhịn đói kéo dài làm tăng bài tiết hormon Gastrin và làm tăng acid dạ dày, giảm pH dạ dày. Do đó việc bổ sung maltodextrin trước phẫu thuật giúp giảm thời gian nhịn ăn kéo dài, giúp giảm tính acid của dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới khác như Yagci⁷, Tudor-Drobjewski⁸.

V. KẾT LUẬN

Việc uống 600 ml dung dịch maltodextrin 15% đêm trước phẫu thuật và 300 ml dung dịch tại thời điểm 2 giờ trước phẫu thuật đối với các bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa theo chương trình là an toàn, không làm tăng thể tích tồn lưu dịch dạ dày và không làm thay đổi pH dịch dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shiraishi T., Kurosaki D., Nakamura M., et al (2017). "Gastric Fluid Volume Change After Oral

Rehydration Solution Intake in Morbidly Obese and Normal Controls: A Magnetic Resonance Imaging-Based Analysis". *Anesth Analg*, 124 (4), 1174-1178.

2. Lý Huyền Hòa, Nguyễn Thị Quý (2020). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin uống 2 giờ trước gây mê". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 24 (3), trang 76 – 82
3. Đỗ Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Thị Thanh (2020). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin 25% uống 2 giờ trước gây mê". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 24 (3), trang 119 - 126.
4. Hà Ngọc Chi, Nguyễn Thị Thanh (2021). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày bằng siêu âm sau uống Maltodextrin 12,5% trước gây mê trên bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng", *Thư viện đại học Y dược TP Hồ Chí Minh*
5. Bisinotto F.M.B., Naves Aline de Araújo, Peixoto Ana Cristina Abdu, et al, (2017), "Use of ultrasound for gastric volume evaluation after ingestion of different volumes of isotonic solution", *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 67 (4), pp. 376-382.
6. Cho E.A, Huh J., Lee S.H., Ryu K.H., et al, (2021), "Gastric Ultrasound Assessing Gastric Emptying of Preoperative Carbohydrate Drinks: A Randomized Controlled Noninferiority Study", *Anesthesia & Analgesia*, 133 (3), pp. 690-697.
7. Yagci G, Can M. F, Ozturk E, et al (2008). "Effects of preoperative Carbohydrate loading on glucose metabolism and gastric contents in patients undergoing moderate surgery: a randomized, controlled trial". *Nutrition*, 24 (3), 212-6
8. Tudor-Drobjewski BA, Marhofer P, Kimberger O, Huber WD, Roth G, Triffterer L. Randomised controlled trial comparing preoperative carbohydrate loading with standard fasting in paediatric anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2018 Sep;121(3):656-661

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN VÔ SINH DO VỎI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Tâm Lý², Nguyễn Ngọc Chiến², Nguyễn Đức Thắng¹,
Đặng Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 212 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung điều trị tại Bệnh viện Phụ

sản Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Vô sinh thứ phát chiếm 57,5%, vô sinh nguyên phát chiếm 42,5% trong số các bệnh nhân tắc vòi tử cung. Độ tuổi trung bình ở nhóm vô sinh nguyên phát là 29,3 ± 4,2 tuổi, ở nhóm vô sinh thứ phát là 33,4 ± 5,3 tuổi. Tiền sử có phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát là 32%, nhóm vô sinh nguyên phát là 14,4%. Tỷ lệ tiền sử nhiễm chlamydia, tỷ lệ tắc 2 vòi ở nhóm vô sinh thứ phát lần lượt là 83,6% và 90,2%, tỷ lệ này ở nhóm vô sinh nguyên phát là 82,2% và 91,1%. Phần lớn các bệnh nhân không có dấu hiệu bất thường khi thăm khám lâm sàng. Loai vòi tử cung là vị trí tắc gần gấp cao nhất với 70%, tắc đoạn bóng chiếm 13,2%, tắc ở eo và tắc kẽ lần lượt 8,9% và 7,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ có tiền sử phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với nhóm vô sinh nguyên phát trong

¹Bệnh viện Phụ Sản trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

khí tỉ lệ tiền sử nhiễm chlamydia và tỉ lệ tắc cả 2 vòi trứng tương đương nhau ở 2 nhóm. Vị trí tắc vòi tử cung hay gặp nhất là ở đoạn loa vòi với tỉ lệ 70%.

Từ khóa: Vô sinh, tắc vòi tử cung, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF INFERTILITY PATIENTS DUE TO TUBAL OBSTRUCTION TREATED AT NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with infertility due to tubal obstruction at the National Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** Cross-sectional description of 212 patients with infertility due to fallopian tubes treated at National hospital of obstetrics and gynecology from August 2023 to April 2024. **Results:** Secondary infertility accounted for 57.5%, while primary infertility accounted for 42.5% in infertile patients due to tubal reason. The average age in the primary infertility group was 29.3 ± 4.2 years old, and in the secondary infertility group, it was 33.4 ± 5.3 years old. A history of pelvic surgery was present in 32% of the secondary infertility group and 14.4% of the primary infertility group. The rate of Chlamydia infection and bilateral tubal obstruction in the secondary infertility group were 83.6% and 90.2%, respectively. These rates in the primary infertility group were 82.2% and 91.1%. Most patients show no abnormal signs during clinical examination. Blockage at the fimbriae of the fallopian tube was the most common location with 70%, blockage at the ampulla was 13.2%, the isthmus and interstitial blockage were 8.9% and 7.9%, respectively. **Conclusion:** The rate of a history of pelvic surgery was higher in the secondary infertility group compared to the primary infertility group, while the rates of Chlamydia infection and bilateral tubal obstruction were similar between the two groups. Most patients show no abnormal signs during clinical examination. Blockage at the fimbriae of the fallopian tube was the most common location with the rate of 70%. **Keywords:** Infertility, tubal obstruction, laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai sau một năm quan hệ tình dục đều đặn và không sử dụng biện pháp tránh thai. Vô sinh nguyên phát (vô sinh I) là tình trạng cặp vợ chồng chưa từng có thai, trong khi vô sinh thứ phát (vô sinh II) xảy ra khi cặp vợ chồng đã có con nhưng không thể mang thai lại trong 12 tháng. Tại Việt Nam, vô sinh đang trở thành vấn đề y tế đáng lo ngại, tỷ lệ vô sinh hiện nay là khoảng 7,7%. Tỷ lệ vô sinh thứ phát tăng 15-20% mỗi năm và chiếm hơn 50% tổng số trường hợp vô sinh [1]. Tắc vòi tử cung là nguyên nhân phổ biến gây vô sinh ở nữ, chiếm 75,4% trong vô sinh thứ phát và 20-25% tổng số vô sinh [2]. Tổn thương vòi tử cung có thể do các viêm

nhiễm đường sinh dục, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, lạc nội mạc tử cung,... Nhằm tìm hiểu sâu hơn về nhóm bệnh nhân này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh
- Có kết quả chụp TC-VTC có tổn thương ít nhất một vòi tử cung

- Được can thiệp mổ nội soi tại Bệnh viện PSTW

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang
- Cỡ mẫu. Tính cỡ mẫu dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ trên một quần thể:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

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

Trong đó: $+ Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị từ phân bố chuẩn ở mức $\alpha/2$, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

+ d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn với $d = 0,07$

+ p: tỷ lệ vô sinh do tắc vòi tử cung. Theo nghiên cứu của Nông Thị Hồng Lê năm 2013 tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, tỷ lệ này là 40,7% [3] $\rightarrow p = 0,407$

Thay vào công thức ta có n tối thiểu 189. Trong nghiên cứu này, từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024 có 212 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân tắc vô sinh do tắc vòi tử cung.

3.1.1. Phân loại vô sinh ở các bệnh nhân tắc vòi tử cung



■ Vô sinh loại I ■ Vô sinh loại II

Biểu đồ 1. Phân loại vô sinh ở bệnh nhân tắc vòi tử cung

Nhận xét: Vô sinh thứ phát (vô sinh II) chiếm tỷ lệ 57,5%, cao hơn tỉ lệ vô sinh nguyên phát (vô sinh I) là 42,5%.

3.1.2. Đặc điểm về tuổi

Bảng 1. Tuổi trung bình các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung

Tuổi	Đặc điểm Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Đặc điểm Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
	N	%	N	%	N	%	
Trung bình (Min-Max)	29,3±4,2 20-40		33,4±5,3 21-47		31,7±5,3 20-47		<0,01

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,7 ± 5,3 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao tuổi nhất 47 tuổi. Nhóm tuổi 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 34,0%, tiếp đến là các nhóm tuổi 30 - 34 với 32,5%, từ 35 - 39 tuổi 18,4%.

- Nhóm tuổi, vô sinh II, độ tuổi tập trung phân bố tương đối đồng đều từ 25 đến trên 40 tuổi; ngược lại vô sinh I chủ yếu tập trung độ tuổi từ 25 - 34.

3.1.3. Đặc điểm về tiền sử phẫu thuật tiểu khung và nhiễm chlamydia

Bảng 2. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nhiễm Chlamydia

Đặc điểm		Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
Tiền sử		N	%	N	%	n	%	
Tiền sử phẫu thuật tiểu khung	Không	77	85,6	83	68,0	160	75,5	<0,05
	Có	13	14,4	39	32,0	52	24,5	
Tiền sử nhiễm Chlamydia	Không	74	82,2	102	83,6	176	83,0	>0,05
	Có	16	17,8	20	16,4	36	17,0	

Nhận xét: - Đa số đối tượng nghiên cứu chưa từng phẫu thuật, can thiệp vào vùng tiểu khung với 75,5%, tỷ lệ đã từng phẫu thuật 24,5%. Nhóm VS II có tiền sử đã từng phẫu thuật can thiệp vào vùng tiểu khung 32,0%, cao hơn nhóm VS I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

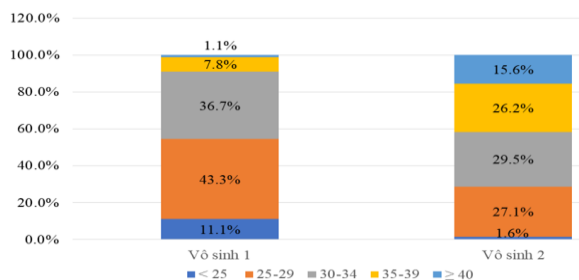
- Đa số bệnh nhân không có tiền sử nhiễm khuẩn phụ khoa do Chlamydia với 83,0%, có tiền sử chiếm 17,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử nhiễm khuẩn phụ khoa do Chlamydia giữa 2 nhóm vô sinh (p>0,05).

3.1.4. Đặc điểm thăm khám lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm thăm khám lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng (n=212)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng viêm đường sinh dục dưới	Không có triệu chứng	185	87,3
	Viêm lộ tuyến	21	9,9
	Viêm âm đạo	6	2,8
Kích thước tử cung	Bình thường	200	94,3
	Lớn hơn bình thường	12	5,7
Di động tử cung	Bình thường	165	77,8
	Di động hạn chế	47	22,2
Phản phụ	Bình thường	212	100,0

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu không có triệu chứng viêm đường sinh dục chiếm 87,3%. Tỷ lệ viêm lộ tuyến 9,9%, viêm âm đạo 2,8%. Tử cung: Kích thước lớn hơn bình

**Biểu đồ 2. Phân bố tuổi của các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi trứng**

Nhận xét: - Nhóm vô sinh II có tuổi trung bình cao hơn so với vô sinh I (p < 0,01).

thường 5,7% và di động hạn chế 22,2%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung.

3.2.1. Số vòi tử cung tắc trên phim chụp

Bảng 4. Kết quả chụp XQ tử cung - vòi tử cung

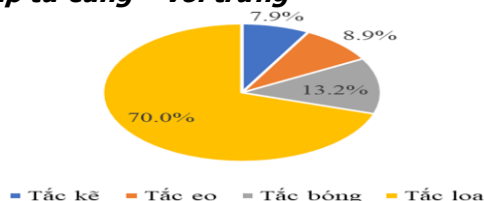
Vị trí tắc	Kết quả Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
	N	%	N	%	N	%	
Một bên VTC	8	8,9	12	9,8	20	9,4	>0,05
Cả 2 bên VTC	82	91,1	110	90,2	192	90,6	

Nhận xét: - Phần lớn bệnh nhân có tổn thương cả hai bên vòi tử cung trên phim chụp XQ với 90,6%, tổn thương 1 bên chiếm 9,4%.

- Tổng số vòi tử cung bị tắc trên phim chụp XQ tử cung - vòi tử cung là 404.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí tắc VTC (1 bên hoặc cả hai bên) trên phim chụp XQ tử cung - vòi tử cung giữa hai nhóm vô sinh (p > 0,05).

3.2.2. Vị trí tắc vòi tử cung trên phim chụp tử cung - vòi trứng

**Biểu đồ 3. Vị trí tắc vòi tử cung trên phim chụp**

Nhận xét: Tắc loa vòi tử cung là vị trí tắc sít gặp cao nhất với 70,0%, tắc bóng 13,2%. Tắc ở eo và tắc kể lần lượt 8,9% và 7,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ vô sinh thứ phát ở các bệnh nhân tắc vòi trứng là 57,5%, cao hơn so với vô sinh nguyên phát (42,5%). Tỷ lệ này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Hà Thị Hạnh (2016) với tỷ lệ vô sinh thứ phát là 56,2%, và nghiên cứu của Vũ Văn Du (2017) với tỷ lệ vô sinh thứ phát là 61,3% [4,5].

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân thuộc nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với tuổi trung bình của các bệnh nhân vô sinh nguyên phát. Tuổi trung bình chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $31,7 \pm 5,3$ tuổi, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi dưới 35. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó của tác giả Hà Thị Hạnh (2016), với độ tuổi trung bình là $29,3 \pm 5,2$ tuổi, tác giả Lê Minh Tâm (2013) cũng cho thấy, phần lớn phụ nữ vô sinh có bất thường vòi tử cung thuộc nhóm tuổi dưới 35 (86,3%) [4,6]. Tuy nhiên độ tuổi này thấp hơn độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu của các tác giả như Datta J, Wang Y thực hiện tại Anh và Mỹ [7,8]. Điều này có thể sự khác biệt về độ tuổi kết hôn trung bình ở Việt Nam và các nước phương Tây. Nhóm vô sinh nguyên phát có độ tuổi tập trung từ 25 – 34 tuổi với 80,0%; trong khi đó vô sinh thứ phát độ tuổi phân bố tương đối đồng đều từ 25 đến trên 40 tuổi, từ 35 -39 tuổi và trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt 26,2% và 15,6%. Nghiên cứu của Vũ Văn Du (2017) cũng ghi nhận một kết quả tương tự. Cụ thể: Tỷ lệ vô sinh nguyên phát giảm dần theo lứa tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi 20 – 24 (71,4%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 35 – 39 và nhóm tuổi 40 - 45. Ngược lại, tỷ lệ vô sinh thứ phát lại có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi [5]. Nghiên cứu Benksim, A (2018), bên cạnh các yếu tố thời gian kết hôn, điều kiện kinh tế xã hội, tuổi cao cũng là một trong yếu tố nguy cơ độc lập dẫn tới vô sinh thứ phát với OR = 1,268; 95% CI 1,038-1,549, $p < 0,05$ [9].

Các phẫu thuật can thiệp vào ổ bụng và đặc biệt vùng tiểu khung có thể làm tăng nguy cơ viêm nhiễm gây dính vùng tiểu khung, dính buồng trứng, hoặc gây viêm nhiễm gây dính vòi trứng thậm chí gây tắc vòi trứng. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử phẫu thuật tiểu khung chiếm 24,5%. Mặt khác, khi so sánh hai nhóm vô sinh, chúng tôi cũng ghi nhận VS

loại II có tiền sử phẫu thuật cao hơn so với VS I ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Saraswat và cộng sự, tiền sử mổ lấy thai không phải là yếu tố nguy cơ gây vô sinh thứ phát do nguyên nhân VTC (OR=1,27; 95% KTC= 0,9-1,78; $p > 0,05$). Tuy nhiên, phụ nữ mổ lấy thai có tiền sử viêm nhiễm vùng tiểu khung có nguy cơ vô sinh do VTC cao hơn 17 lần so với nhóm không có viêm nhiễm (OR=17,3; 95% CI = 10,9-27,6) [10]. Nghiên cứu của Victoria Margaux (2019) chỉ ra rằng phụ nữ từng phẫu thuật ổ bụng có nguy cơ dính cơ quan trong ổ bụng cao gấp 3 lần, dẫn đến giảm khả năng thông thương vòi tử cung ($p = 0,05$). Riêng đối với những phụ nữ có tiền sử mổ lạc nội mạc tử cung, liệu rằng lạc nội mạc tử cung là nguyên nhân hay hậu quả của vô sinh vẫn còn tranh cãi. Các báo cáo y văn đều ghi nhận lạc nội mạc tử cung thường đi kèm với vô sinh và hiếm muộn. Do cơ chế bệnh sinh của lạc nội mạc tử cung còn chưa được sáng tỏ nên các khuyến cáo hiện nay tập trung vào các biện pháp sàng lọc, tăng cường khám phụ khoa đặc biệt cho các phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ để hạn chế được tình trạng tổn thương VTC do điều trị muộn.

Bên cạnh đó, nhiễm Chlamydia, một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh do vòi tử cung, cũng được ghi nhận trong 17,0% trường hợp của chúng tôi.

Đa số các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện bất thường trên hội bệnh và thăm khám lâm sàng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Lê Minh Tâm (2013) [6]. Điều này cũng dễ hiểu do đa số các nguyên nhân gây tắc vòi tử cung đều diễn biến âm thầm và ít gây khó chịu cho người bệnh.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Mặc dù để đánh giá độ thông của vòi, phương pháp chụp X-quang tử cung - vòi tử cung không chính xác bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng kiểm tra 2 vòi tử cung, nhưng đây là phương pháp không đòi hỏi kỹ thuật cao, không đòi hỏi gây mê, ít gây biến chứng, chi phí thấp, ít xâm lấn. Mặt khác phương pháp này còn cho các thông tin đánh giá về vòi tử cung và cả buồng tử cung, do vậy đây vẫn là phương pháp đầu tay trong thăm khám cho các bệnh nhân hiếm muộn.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương cả hai vòi tử cung (90,6%) và không có sự khác biệt về số vòi tử cung bị tổn thương giữa các bệnh nhân vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang (2010), trong đó chỉ có 80% bệnh nhân bị tắc cả hai vòi. Sự khác biệt này có thể do sự phát triển

của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hiện nay, dẫn đến tỉ lệ nội soi trong các trường hợp có tổn thương vòi tử cung trên phim chụp giảm xuống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tắc vòi tử cung tại đoạn xa (bóng, loa) là phổ biến nhất chiếm tỉ lệ 83,2%, tỉ lệ tắc vòi tử cung đoạn gần (kể, eo) là 16,8%. Điều này có thể lí giải bởi với các tổn thương ở đoạn xa của vòi tử cung trong quá trình nội soi ổ bụng có thể phối hợp chẩn đoán và xử trí các tổn thương như gỡ dính vòi tử cung, buồng trứng, mở thông, tạo hình loa vòi, bệnh nhân sẽ có cơ hội có thai tự nhiên sau phẫu thuật. Với các tổn thương ở đoạn gần như eo, kể vòi tử cung thì ít khả năng can thiệp, phục hồi vòi tử cung qua phẫu thuật hơn và bệnh nhân thường được chỉ định thực hiện luân thụ tinh trong ống nghiệm để đạt tỉ lệ có thai cao và trong thời gian ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Tắc vòi tử cung là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh ở nữ giới, trong đó vị trí tắc hay gặp nhất là ở loa vòi tử cung. Phần lớn các bệnh nhân có độ tuổi dưới 35 tuổi. Tỉ lệ có tiền sử phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với nhóm vô sinh nguyên phát trong khi tỉ lệ tiền sử nhiễm chlamydia và tỉ lệ tắc cả 2 vòi trứng tương đương nhau ở 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim N. I., Chamchan C., Tangchonlatip K. (2022). Prevalence and Social Risk Factors of

- Infertility in Vietnam. 30 (4), 756-769.
2. Brugo-Olmedo S., Chillik C., Kopelman S. J. R. b. o. (2001). Definition and causes of infertility. Reproductive biomedicine online, 2 (1), 173-185.
3. Nông Hồng Lê, Nguyễn Ngọc Minh (2013). Nghiên cứu vô sinh do tắc vòi tử cung và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản, 02.
4. Hà Thị Hạnh (2016). Nghiên cứu tình trạng vòi tử cung trên bệnh nhân vô sinh được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Văn Du, Đỗ Văn Căn (2017). Một số đặc điểm lâm sàng của vô sinh do tắc vòi tử cung. Tạp chí Y dược học Quân sự, 01, 157 - 163.
6. Lê Minh Tâm, Lê Thị Hồng Vũ (2013). Nghiên cứu giá trị của siêu âm bơm dịch trong chẩn đoán bất thường tử cung - vòi tử cung ở các trường hợp vô sinh. Điện Quang Việt Nam, 12, 546 - 550.
7. Datta J., Palmer M. J., Tanton C. et al. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. Human reproduction (Oxford, England), 31 (9), 2108-18.
8. Wang Y.-X., Farland L. V., Wang S. et al. (2022). Association of infertility with premature mortality among US women: Prospective cohort study. The Lancet Regional Health – Americas, 7.
9. Benksim A, Elkhoudri N, Addi RA, Baali A, Cherkaoui M (2018). Difference between Primary and Secondary Infertility in Morocco: Frequencies and Associated Factors. International journal of fertility & sterility, 12 (2), 142-146.
10. Saraswat L, Porter M, Bhattacharya S, Bhattacharya S (2008). Caesarean section and tubal infertility: is there an association? Reproductive biomedicine online, 17 (2), 259-64.

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CAN THIỆP TỐI THIỂU THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG QUA ỐNG BANH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Xuân Phương¹, Phạm Ngọc Hào¹,
Nguyễn Hồng Dương², Đỗ Khắc Hậu³

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật can thiệp tối thiểu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng qua ống banh tại bệnh viện trung ương quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 1/2019 –

tháng 7/2022, 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nhận xét một số yếu tố liên quan tới kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi tốt hơn nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi; ở nhóm có thời gian theo dõi trên 12 tháng tốt hơn nhóm có thời gian theo dõi dưới 12 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nam giới tốt hơn nữ giới; ở nhóm bệnh nhân thừa và béo phì kém hơn so với nhóm bệnh nhân có BMI bình thường; ở nhóm thoái hóa đĩa đệm độ II và độ III kém hơn so với nhóm thoái hóa đĩa đệm độ IV và độ V. Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Kết quả phẫu

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 354

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025