

# HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TRỨNG-PHỨC MẠC

(Laparoscopic effects on treatment of infertility due to tubo-peritoneum)

TS.BS. Bùi Thị Phương Nga\*, PGS.TS. Nguyễn Duy Tài\*\*, PGS.TS. Trần Thị Lợi\*\*

## **Abstract:**

A prospective cohort study was conducted between March 2002 and May 2005 at Tu Du hospital. Two hundred and thirty patients with infertility caused by distal tubal occlusion and/or adnexal adhesion were followed over a period of 17 to 38 months. The objectives of the study were to assess the effects of laparoscopy in tuboplasty and to examine the influences of some related factors on the possibility of post-operative pregnancy.

## **Results:**

- Rate of intrauterine pregnancy was 31.42% and that of ectopic pregnancy was 11%.
- After adjustment for other factors such as adnexal adhesion, patient's age, and infertility duration, stage of tubal damage was a significant predictor of post-operative pregnancy possibility. Rate of intrauterine pregnancy decreased according to the stage of tubal damage: 54.09% with only adnexal adhesion (without any tubal damage), 39.81%, 15.57% and 4.48%, with damage stage I, II, III, respectively. In contrast, risk ratio of ectopic pregnancy over intrauterine pregnancy increased as the stage of tubal damage increased (i.e., it was 1.99 with damage stage III).
- The possibility of getting pregnant was highest right after the operation and strongly increased within the first 12 months, but slightly increased within the next 12 months. Ectopic pregnancies were occurred only in the first 20 months after the operation, whilst the intrauterine pregnancy could be happened until the 30<sup>th</sup> month after the operation.

## **Conclusion:**

Laparoscopy plays an important role in the treatment of infertility due to distal tubal occlusion and/or adnexal adhesion. However, the indication for the treatment should be considered according to different stages of tubal damage and expected time for postoperative pregnancy should not be over 2 years.

## **Tóm tắt:**

Một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu được tiến hành từ tháng 03/2002 đến tháng 05/2005 tại bệnh viện Từ Dũ trên 230 bệnh nhân vô sinh do tắc vòi trứng đoạn xa và/hoặc dính phần phụ với thời gian theo dõi từ 17 đến 38 tháng, nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật tạo hình vòi trứng qua nội soi đồng thời khảo sát ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan đến kết quả có thai sau phẫu thuật.

## **Kết quả:**

- Tỷ lệ có thai trong tử cung là 31.42% và thai ngoài tử cung là 11%.
- Sau khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác như là dính phần phụ, tuổi bệnh nhân, thời gian vô sinh, thì tổn thương vòi trứng là yếu tố tiên đoán có ý nghĩa đến khả năng có thai sau phẫu thuật. Cụ thể là tỷ lệ có thai trong tử cung giảm dần theo mức độ tổn thương vòi trứng: không tổn thương (nghĩa là chỉ có dính phần phụ đơn thuần) là 54.09%, tổn thương độ I là 39.81%, tổn thương độ II là 15.57% , tổn thương độ III là 4.88. Ngược lại, tỷ số nguy cơ xảy ra thai ngoài tử cung so với thai trong tử cung tăng dần theo mức độ tổn thương vòi trứng (1.99 ở nhóm tổn thương độ III).
- Những trường hợp có thai xảy ra ngay sau mổ và tăng nhanh trong 12 tháng đầu tiên, chậm dần đi trong 12 tháng kế tiếp. Những trường hợp thai ngoài tử cung chỉ xảy ra trong 20 tháng đầu sau mổ. trong khi đó thai trong tử cung xảy ra cho đến tháng thứ 30 sau mổ.

Kết luận: PTNS có vai trò quan trọng trong điều trị những trường hợp vô sinh do tắc vòi trứng đoạn xa và/hoặc dính phần phụ. Tuy nhiên, cần cân nhắc chỉ định điều trị đối với từng mức độ tổn thương vòi trứng khác nhau và thời gian chờ đợi có thai sau mổ nói chung không nên quá 2 năm.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sinh sản là một nhu cầu tất yếu của cuộc sống, không chỉ vì mục đích duy trì nòi giống mà còn vì sự tồn tại và phát triển của xã hội. Áp lực của những cặp vợ chồng bị vô sinh khá nặng nề bởi những định kiến xã hội và những nhu cầu về tình cảm giữa cha mẹ và con cái. Vấn đề này đã trở thành động lực thúc đẩy các nhà khoa học không ngừng tìm tòi, nghiên cứu những phương pháp chẩn đoán và điều trị vô sinh hiệu quả nhất.

Nguyên nhân vô sinh do nữ chiếm khoảng 40% các trường hợp, trong đó yếu tố tổn thương vòi trứng-phức mạc (TTVT-PM) là thường gặp nhất, tỷ lệ thay đổi từ 25 – 60%.

Đối với trường hợp TTVT-PM nặng thì hiệu quả của TTTON được nhận thấy rõ ràng. Trong khi đó, những trường hợp tổn thương nhẹ, tỷ lệ có thai sau tạo hình VT (22.5 – 57%) hoàn toàn có thể so sánh với TTTON. Tuy nhiên, ngoài vấn đề về hiệu quả điều trị, thì chi phí điều trị khác nhau giữa phẫu thuật và TTTON, tâm lý và sự chấp nhận điều trị của bệnh nhân và một vài yếu tố liên quan khác như tuổi bệnh nhân, thời gian vô sinh cũng góp phần vào việc cân nhắc chỉ định điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau nhằm đưa ra sự chọn lựa phù hợp với mong muốn đem lại kết quả tối ưu trong điều trị vô sinh do VT:

- 1. Xác định tỷ lệ thành công của phẫu thuật tạo hình VT qua nội soi thông qua tỷ lệ thai trong tử cung.**
- 2. Đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến kết quả có thai sau phẫu thuật: tổn thương vòi trứng, dính phần phụ, tuổi bệnh nhân và thời gian vô sinh.**
- 3. Xác định khoảng thời gian cần theo dõi để có thai sau phẫu thuật.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### II.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu.

### II.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định qua nội soi là vô sinh do VT-PM và được can thiệp phẫu thuật tạo hình VT đoạn xa và/hoặc gỡ dính vùng chậu, sau khi loại bỏ cơ bản những nguyên nhân gây vô sinh khác (rối loạn phóng noãn, tổn thương thực thể khác của TC-PP, nguyên nhân do chồng...), tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 03.2002 đến tháng 05.2005.

**II.3. Cơ mẫu:** được tính nhằm đáp ứng hai mục tiêu chủ yếu của nghiên cứu:

✦ **Xác định tỷ lệ có thai sau phẫu thuật:** sử dụng công thức dùng để ước lượng tỷ lệ, chúng tôi có:

$$n = 221 \text{ trường hợp}$$

✦ **Xác định khoảng thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật:** áp dụng công thức tính cỡ mẫu dành cho phân tích sống còn trong phần mềm PS.

$$n = 210 \text{ trường hợp}$$

➔ Do đó, cỡ mẫu tối thiểu phải chọn để giải quyết được cả hai mục tiêu là: **221 trường hợp.**

### II.4. Biến số nghiên cứu

Một số định nghĩa được dùng trong nghiên cứu của chúng tôi:

- Mất dấu: là những trường hợp mất liên lạc, hoặc không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu sau khi đã tiếp xúc với chúng tôi ít nhất một lần.

- Chấm dứt nghiên cứu (CDNC): từ dùng để chỉ chung những trường hợp không có thai cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, hoặc mất dấu.

#### II.4.1. Các yếu tố nghiên cứu

✦ **Tổn thương VT đoạn xa:** mỗi VT được đánh giá tổn thương dựa theo bảng phân loại của Mage, Bruhat và cộng sự 1986 .

Bảng 2.1: Phân loại TTVT đoạn xa theo Mage, Bruhat và cộng sự 1986

Điểm	0	2	5	10
Độ thông ODT	thông	<input type="checkbox"/> chít hẹp	ứ dịch	
Niêm mạc ODT	bình thường		nếp gấp giảm	nếp gấp không còn hoặc teo
Thành ODT	bình thường		mỏng	dầy hoặc xơ cứng

Độ I : 2-5 điểm

Độ III : 11-15 điểm

Độ II : 6-10 điểm

Độ IV : > 15 điểm

Trong nghiên cứu, chúng tôi phân loại mức độ TTVT của từng bệnh nhân dựa trên nguyên tắc sau:

- Những bệnh nhân có cả hai VT bị tổn thương độ IV: bị loại ra khỏi nghiên cứu.

- Nếu bệnh nhân chỉ còn một VT, hoặc có một VT tổn thương độ IV thì bên đó sẽ bị cắt bỏ và những bệnh nhân này được xếp vào nhóm của TTVT bên còn lại.

- Nếu hai VT có tổn thương không đồng bộ nhau, thì những bệnh nhân này được xếp vào nhóm VT có tổn thương thấp hơn.

**Bảng 2.2: Các mức độ tổn thương VT đoạn xa trong nghiên cứu chúng tôi**

Mức độ TTVT đoạn xa	Nhóm bệnh nhân hai VT	Nhóm bệnh nhân một VT
- Không tổn thương	0 – 0	0 –
- Tổn thương độ I	I – I , I – II , I – III	I –
- Tổn thương độ II	II – II , II – III	II –
- Tổn thương độ III	III – III	III –
- Tổn thương độ 0 – I/II/III	0 – I , 0 – II , 0 – III	

✦ Dính phần phụ: mỗi bên phần phụ được đánh giá dựa theo bảng phân loại Mage, Bruhat và cộng sự 1986

*Bảng 2.3: Bảng chấm điểm dính theo Mage, Bruhat và cộng sự 1986*

Cơ quan	Loại dính	Diện tích cơ quan bị dính		
		1/3	2/3	3/3
Buồng trứng	Màng mỏng	1	2	4
	Dây dính	4	8	16
ODT đoạn gần	Màng mỏng	1	2	4
	Dây dính	2	5	10
ODT đoạn xa	Màng mỏng	1	1	1
	Dây dính	5	10	15

Nhẹ: 1-6 điểm

Trung bình: 7-15 điểm

Nặng: > 15 điểm

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân loại mức độ dính phần phụ như sau:

- **Không dính**: không dính - không dính.

- **Dính nhẹ**: dính nhẹ - dính nhẹ/trung bình/nặng, hoặc không dính - dính nhẹ/trung bình/nặng.

- **Dính trung bình**: dính trung bình - dính trung bình/nặng.

- **Dính nặng**: dính nặng - dính nặng.

*Những trường hợp vùng chậu bị dính đặc, can thiệp phẫu thuật khó khăn: chúng tôi loại khỏi nghiên cứu.*

✦ Tuổi: được chia thành hai nhóm : ≤ 35 tuổi và > 35 tuổi.

✦ Thời gian vô sinh (TGVS): được chia thành 2 nhóm: ≤ 3 năm và > 3 năm.

#### II.4.2. Các yếu tố đánh giá kết quả

✦ Có thai: được đánh giá cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, hoặc tiếp xúc bệnh nhân lần sau cùng đối với những trường hợp mất dấu.

✦ Thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật: được đánh giá cho đến thời điểm bệnh nhân có thai, hoặc chấm dứt nghiên cứu.

## II.5. Thu thập số liệu

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Từ Dũ, qua hai giai đoạn:

● **Giai đoạn 1**: từ tháng 03.2002 đến tháng 12.2003, chúng tôi chọn những trường hợp có chẩn đoán xác định qua nội soi ổ bụng là tắc VT đoạn xa, và/hoặc dính phần phụ và có chỉ định can thiệp phẫu thuật tạo hình VT và/ hoặc gỡ dính phần phụ, đồng thời phải thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu.

● **Giai đoạn 2**: từ tháng 04.2002 chúng tôi bắt đầu theo dõi sự có thai sau mổ và hẹn tái khám bệnh nhân mỗi 6 tháng cho đến tháng 05.2005.

## II.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng Epidata 3.0 và xử lý bằng Stata 8.0.

Phương pháp phân tích sống còn được sử dụng trong nghiên cứu này vì các biến cố kết quả xảy ra có liên quan đến yếu tố thời gian và vì thời gian theo dõi của các đối tượng nghiên cứu không đồng nhất nhau.

- Đường biểu diễn Kaplan-Meier dùng để mô tả các thời điểm thai kỳ xảy ra trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật.

- Bảng sống được sử dụng để tính khả năng có thai của các đối tượng nghiên cứu theo từng thời điểm theo dõi sau phẫu thuật.

- Các biến sẽ được phân tích đơn biến qua phép kiểm Logrank, sau đó tiến hành phân tích hồi quy đa biến Cox để tìm ra yếu tố nguy cơ tiên đoán độc lập lên khả năng có thai sau phẫu thuật, thông qua tỷ số nguy cơ HR

## III. KẾT QUẢ

- Mẫu = 230 bệnh nhân

- Tuổi trung bình:  $31 \pm 4.5$  năm (nhỏ nhất 20 tuổi, lớn nhất 40 tuổi)

- Loại vô sinh:

. nguyên phát : 91 bệnh nhân (39.6%)

. thứ phát : 139 bệnh nhân (60.4%)

- Thời gian theo dõi (TGTD) có thai sau mổ:

. bệnh nhân đầu tiên được phẫu thuật: 38 tháng (từ 04.2003 đến 05.2005)

. bệnh nhân cuối cùng được phẫu thuật: 17 tháng (từ 01.2004 đến 05.2005)

- Trong 230 trường hợp: 20 trường hợp TTVT đơn thuần và 37 trường hợp dính phần phụ đơn thuần.

**Bảng 3.4: Sự kết hợp giữa TTVT và dính phần phụ trong nghiên cứu**

Tôn thương	Không dính PP	Dính PP	Tổng số
Không TTVT	0	37	37
TTVT	20	173	193
Tổng số	20	210	230

*Nhận xét:* TTVT kết hợp dính PP trong 173 trường hợp, chiếm 75,22%.

### III.1. Kết quả phẫu thuật

III.1.1. Kết quả chung sau phẫu thuật: Trong 230 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi có:

- 84 trường hợp có thai: 63 thai trong TC (27.39%) và 21 TNTC (9.13%).
- 139 trường hợp không có thai : 60.43%
- 7 trường hợp mất dấu (chủ động CDNC = xin chuyển TTTON): 3.04%

III.1.2. Tỷ suất có thai theo TG: được mô tả theo từng khoảng TGTD sau mổ.

✦ *Tỷ suất có thai trong TC:*

**Bảng 3.5: Tỷ suất thai trong TC theo thời gian**

TGTD (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	TTTC (N = 63)	TNTC, CDNC (N = 167)	Tỷ suất TTTC theo TG (%)	KTC 95%
1 - 6	230	32	10	14.16	0.011 – 0.194
7 - 12	188	17	4	22.00	0.114 – 0.285
13 - 18	167	5	13	24.35	0.183 – 0.305
19 - 24	149	7	55	28.51	0.196 – 0.351
25 - 30	87	2	50	<b>31.42</b>	0.228 – 0.391
31 – 38	35	0	35	31.42	0.248 – 0.391

*Nhận xét:* Tỷ lệ thai trong TC khi kết thúc nghiên cứu là 31.42%.

✦ *Tỷ suất có TNTC:*

**Bảng 3.6: Tỷ suất TNTC theo thời gian**

TGTD (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	TNTC (N = 21)	TTTC, CDNC (N = 209)	Tỷ suất TNTC theo TG (%)	KTC 95%
1 - 6	230	10	32	4.77	0.002 – 0.087
7 - 12	188	4	17	6.92	0.029 – 0.114
13 - 18	167	6	12	10.37	0.045 – 0.156
19 - 24	149	1	61	<b>11.00</b>	0.072 – 0.164
25 – 30	87	0	52	11.00	0.072 – 0.164
31 - 38	35	0	35	11.00	0.072 – 0.164

*Nhận xét:* Tỷ lệ TNTC khi kết thúc nghiên cứu là 11%.

### III.2. Tổn thương vòi trứng và kết quả phẫu thuật

#### III.2.1. Tổn thương vòi trứng và thai trong TC

**Bảng 3.7: Tỷ suất thai trong TC theo thời gian của các mức độ TTVT**

TG theo dõi (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	TTTC	TNTC, CDNC	Tỷ suất TTTC theo TG (%)	KTC 95%
<b>Không TT</b>	<b>(n = 37)</b>	<b>(n = 19)</b>	<b>(n = 18)</b>		
1 – 12	37	17	2	47.92	0.014 – 0.653
13 – 24	18	2	5	54.09	0.357 – 0.710
25 – 38	11	0	11	54.09	0.386 – 0.710
<b>Độ I</b>	<b>(n = 58)</b>	<b>(n = 20)</b>	<b>(n = 38)</b>		
1 – 12	58	14	4	25.00	0.008 – 0.385
13 – 24	40	5	14	35.35	0.171 – 0.498
25 – 38	21	1	20	39.81	0.269 – 0.560
<b>Độ II</b>	<b>(n = 76)</b>	<b>(n = 11)</b>	<b>(n = 65)</b>		
1 – 12	76	9	5	12.30	0.001 – 0.223
13 – 24	62	2	23	15.57	0.076 – 0.264
25 – 38	37	0	37	15.57	0.089 – 0.264
<b>Độ III</b>	<b>(n = 31)</b>	<b>(n = 1)</b>	<b>(n = 30)</b>		
1 – 12	31	0	2	0.00	---
<b>13 – 24</b>	29	<b>1</b>	19	4.88	0.007 – 0.298
25 – 38	9	0	9	4.88	0.007 – 0.298
<b>Độ 0-I/II/III</b>	<b>(n = 28)</b>	<b>(n = 12)</b>	<b>(n = 16)</b>		
1 – 12	28	9	1	32.78	0.018 – 0.536
13 – 24	18	2	7	42.04	0.215 – 0.635
25 – 38	9	1	8	54.92	0.313 – 0.814

Logrank:  $p = 0.0000 \rightarrow$  có sự liên quan có ý nghĩa giữa TTVT và thai trong TC

Một trường hợp có thai xảy ra ở nhóm TTVT độ III vào thời điểm 22 tháng sau mổ.

#### III.2.2. Tổn thương vòi trứng và TNTC

✦ Kết quả: tỷ lệ TNTC của các mức độ TTVT

Không tổn thương: 6.59%

Tổn thương độ 0 – I/II/III: 16.6%

Độ I: 15.19%

Độ II: 8.5%

Độ III: 9.73%

✦ Logrank  $p = 0.82 \rightarrow$  không có sự liên quan giữa TTVT và tỷ lệ TNTC

### III.3. Dính phần phụ và kết quả phẫu thuật

#### III.3.1. Dính phần phụ và thai trong TC

**Bảng 3.8: Tỷ suất thai trong TC theo thời gian của các mức độ dính PP**

TGTD (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	TTTC	TNTC, CDNC	Tỷ suất TTTC theo TG (%)	KTC 95%
<b>Không dính</b>	<b>(n = 20)</b>	<b>(n = 10)</b>	<b>(n = 10)</b>		
1 – 12	20	6	0	30.00	0.026 – 0.549
13 – 24	14	3	7	53.47	0.184 – 0.801
25 – 38	4	<b>1</b>	3	65.10	0.387 – 0.895
<b>Dính nhẹ</b>	<b>(n = 77)</b>	<b>(n = 29)</b>	<b>(n = 48)</b>		
1 – 12	77	21	8	27.26	0.027 – 0.406
13 – 24	48	7	15	39.97	0.210 – 0.526
25 – 38	26	<b>1</b>	25	43.51	0.318 – 0.572
<b>Dính vừa</b>	<b>(n = 87)</b>	<b>(n = 17)</b>	<b>(n = 70)</b>		
1 – 12	87	16	5	18.94	0.005 – 0.290
<b>13 – 24</b>	66	<b>1</b>	27	20.49	0.120 – 0.309
25 – 38	38	0	38	20.49	0.132 – 0.309
<b>Dính nặng</b>	<b>(n = 46)</b>	<b>(n = 7)</b>	<b>(n = 39)</b>		
1 – 12	46	6	1	13.15	0.003 – 0.266
<b>13 – 24</b>	39	<b>1</b>	19	15.38	0.076 – 0.295
25 – 38	19	0	19	15.38	0.076 – 0.295

Logrank:  $p = 0,0017$  → có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dính PP và tỷ lệ TTTC.

Thời điểm có thai xảy ra sau mổ ngắn dần đi từ 30 tháng xuống còn 26 tháng, 22 tháng và 13 tháng khi mức độ dính tăng dần từ không dính đến dính nhẹ, trung bình và nặng.

### III.3.2. Dính phần phụ và TNTC

✦ Kết quả: tỷ lệ TNTC của các mức độ dính PP

Không dính : 9.09%

Dính nhẹ : 16.22%

Dính trung bình: 7.83%

Dính nặng: 10.16%

✦ Logrank:  $p = 0.32$  → không có sự liên quan giữa dính PP và tỷ lệ TNTC

### III.4. Tuổi bệnh nhân và kết quả phẫu thuật

- Tuổi trung bình chung:  $31 \pm 4.5$  năm (nhỏ nhất 20 tuổi, lớn nhất 40 tuổi)

. của nhóm có thai là:  $31,41 \pm 4,42$  năm

. của nhóm không có thai là:  $30,30 \pm 4,51$  năm

. Logrank:  $p = 0.07$  → không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

- Hai nhóm:  $\leq 35$  tuổi có 189 bn (82,17%) và  $> 35$  tuổi có 41 bn (17.83%)

#### III.4.1. Tuổi và thai trong TC



**Bảng 3.9: Tỷ suất thai trong TC theo thời gian của các nhóm tuổi**

TGTD (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	Thai trong TC	TNTC, CDNC	Tỷ suất TTTC theo TG (%)	KTC 95%
<b>Tuổi ≤ 35</b>	<b>(n = 189)</b>	<b>(n = 57)</b>	<b>(n = 132)</b>		
1 – 12	189	45	12	24.59	0.014 – 0.315
13 – 24	132	10	55	31.31	0.205 – 0.388
25 – 38	67	2	65	35.05	0.249 – 0.441
<b>Tuổi &gt; 35</b>	<b>(n = 41)</b>	<b>(n = 6)</b>	<b>(n = 35)</b>		
1 – 12	41	4	2	10.14	0.012 – 0.248
13 – 24	35	2	13	16.03	0.039 – 0.323
25 – 38	20	0	20	16.03	0.075 – 0.323

Logrank:  $p = 0,03 \rightarrow$  liên quan có ý nghĩa giữa tuổi bệnh nhân và tỷ lệ TTTC

#### III.4.2. Tuổi và TNTC

✦ Kết quả: tỷ lệ TNTC của nhóm ≤ 35 tuổi: 11.84% và nhóm > 35 tuổi: 7.72%

✦ Logrank:  $p = 0.5 \rightarrow$  không có sự liên quan giữa tuổi bệnh nhân và tỷ lệ TNTC.

#### III.5. Thời gian vô sinh và kết quả phẫu thuật

- Trung vị của TGVS: 4 năm (ngắn nhất 1 năm, dài nhất 17 năm)

. của nhóm có thai là: 3 năm

. của nhóm không có thai là: 5 năm

. Logrank:  $p = 0.013 \rightarrow$  có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

- Hai nhóm: ≤ 3 năm có 99 bn (43.1%) và > 3 năm có 131 bn (56.9%)

#### III.5.1. Thời gian vô sinh và thai trong TC

**Bảng 3.10: Tỷ suất thai trong TC theo thời gian của các nhóm TGVS**

TGTD (tháng)	Số bn đầu thời khoảng	TTTC	TNTC, CDNC	Tỷ suất TTTC theo TG (%)	KTC 95%
<b>Tgvs ≤ 3 năm</b>	<b>(n = 99)</b>	<b>(n = 37)</b>	<b>(n = 62)</b>		
1 – 12	99	31	7	32.46	0.009 – 0.417
13 – 24	61	5	28	38.59	0.240 – 0.493
25 – 38	28	1	27	41.91	0.315 – 0.541
<b>Tgvs &gt; 3 năm</b>	<b>(n = 131)</b>	<b>(n = 26)</b>	<b>(n = 105)</b>		
1 – 12	131	18	7	14.14	0.007 – 0.215
13 – 24	106	7	40	20.90	0.098 – 0.295
25 – 38	59	1	58	23.63	0.160 – 0.339

Logrank:  $p = 0,001 \rightarrow$  liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TGVS và TTTC

#### III.5.2. Thời gian vô sinh và TNTC

✦ Kết quả: tỷ lệ TNTC của hai nhóm TGVS:

- TGVS  $\leq$  3 năm: 10.39%

- TGVS  $>$  3 năm: 11.28%

✦ Logrank:  $p = 0.91 \rightarrow$  không có sự liên quan giữa TGVS và tỷ lệ TNTC

### III.6. Ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ lên khả năng có thai trong TC: phân tích hồi quy đa biến

**Bảng 3.11: Phân tích hồi quy đa biến**

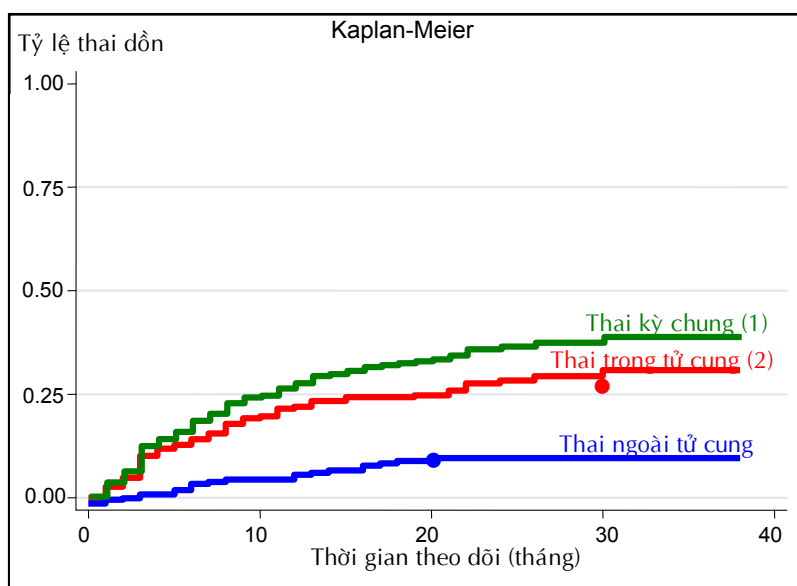
Yếu tố nguy cơ	Tỷ số nguy cơ HR	Giá trị p	Khoảng tin cậy 95%
TTVT độ I	0.59	0.134	0.306 – 1.170
<b>TTVT độ II</b>	<b>0.30</b>	<b>0.005</b>	<b>0.136 – 0.702</b>
<b>TTVT độ III</b>	<b>0.05</b>	<b>0.005</b>	<b>0.006 – 0.407</b>
TTVT độ 0 – I/II/III	0.68	0.352	0.303 – 1.528
Dính nhẹ	0.69	0.381	0.309 – 1.564
Dính trung bình	0.48	0.098	0.203 – 1.144
Dính nặng	0.54	0.257	0.187 – 1.562
Tuổi $>$ 35	0.51	0.127	0.216 – 1.210
Thời gian vô sinh $>$ 3 năm	0.61	0.072	0.364 – 1.043

Nhận xét: bảng trên cho thấy khi có mặt đồng thời 4 yếu tố:

- TTVT độ II và III làm giảm khả năng có thai trong TC với HR lần lượt là 0.3 và 0.05, với p hiệu chỉnh là 0.005 và 0.005 theo tương ứng.

- Dính PP, tuổi và TGVS không ảnh hưởng đến khả năng có thai trong TC.

### III.7. Khoảng thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật



### ***Biểu đồ 3.1: Thời điểm có thai xảy ra sau phẫu thuật***

Nhân xét: Các đường biểu diễn cho thấy:

- (2): Khả năng có thai tăng nhanh đến 24 tháng và sau 30 tháng đường biểu diễn là một đường ngang cho đến hết thời điểm nghiên cứu.
- (3): TNTC chỉ xảy ra trong 20 tháng đầu sau mổ

## **IV. BÀN LUẬN**

Thời gian theo dõi sau mổ ít nhất là 17 tháng, phù hợp với một số tác giả khuyến cáo là từ một đến hai năm. Những trường hợp theo dõi trên 2 năm cho đến 38 tháng là được sự đồng ý chấp thuận của bệnh nhân.

Số liệu NC được phân tích theo phương pháp sống còn, bao gồm 7 trường hợp mất dấu (tỷ lệ cho phép trong một nghiên cứu đoàn hệ). Hơn nữa, khi sử dụng phân tích sống còn thì kết quả NC không bị ảnh hưởng vì tỷ lệ có thai được tính phụ thuộc vào TG theo dõi của các đối tượng nghiên cứu. Do đó, tỷ lệ có thai trong nghiên cứu này được phản ánh chính xác theo từng thời điểm theo dõi sau mổ qua bảng sống và đường Kaplan-Meier. Đây là phương pháp có vị trí quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị của phẫu thuật tạo hình VT (Daya 2005, Guzych 1997).

### **IV.1. Kết quả phẫu thuật**

#### **IV.1.1. Kết quả chung:**

Qua mục III.1.1, tỷ lệ 27.39% chỉ phản ảnh đơn thuần số trường hợp có thai trong TC, mà không phản ảnh được chính xác tỷ lệ thai trong TC theo thời gian.

#### **IV.1.2. Tỷ suất có thai theo thời gian:**

Tỷ lệ TTTC là 31,42% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi năm 2000 (17.45%) là do thời gian theo dõi sau mổ của nghiên cứu này dài hơn. So sánh với một số tác giả, tỷ lệ này khá cao, có thể giải thích là vì TG theo dõi sau mổ của các nghiên cứu không như nhau và phần nào cũng cho thấy sự tiến bộ của chúng tôi trong phẫu thuật tạo hình VT.

*Bảng 4.12: Kết quả phẫu thuật của một số nghiên cứu*

<i>Tác giả</i>	<i>Năm</i>	<i>Số trường hợp</i>	<i>TTTC (%)</i>	<i>TNTC (%)</i>
<i>Canis</i>	<i>1991</i>	<i>87</i>	<i>33,3</i>	<i>6,9</i>
<i>Dubuisson</i>	<i>1993</i>	<i>81</i>	<i>32,1</i>	<i>4,9</i>
<i>Filippini</i>	<i>1993</i>	<i>104</i>	<i>32,5</i>	<i>4,8</i>
<i>Kasia JM</i>	<i>1994</i>	<i>194</i>	<i>23,2</i>	<i>4,1</i>
<i>Taylor RC</i>	<i>1998</i>	<i>139</i>	<i>24,5</i>	<i>16,5</i>
<i>Nguyễn TK</i>	<i>1999</i>	<i>322</i>	<i>7,4</i>	<i>2,1</i>
<i>Milingos</i>	<i>2000</i>	<i>61</i>	<i>22,9</i>	<i>3,3</i>
<i>Bùi TPN</i>	<i>2000</i>	<i>89</i>	<i>17,45</i>	<i>1,12</i>

Phẫu thuật VT là yếu tố nguy cơ thứ hai gây TNTC (OR = 5.1) sau viêm nhiễm vùng chậu (OR = 5.5) theo Coste 1988. Trong nghiên cứu chúng tôi, TNTC chiếm tỷ lệ khá cao (11%) so với một số nghiên cứu khác. Theo Lavy 1987, tỷ lệ TNTC sau phẫu thuật VT rất thay đổi (3 – 20%) và liên quan chặt chẽ đến mức độ hồi phục về giải phẫu và chức năng của VT, mà phần lớn điều này phụ thuộc vào tổn thương trước đó của VT. Do đó, việc chọn lựa bệnh nhân phẫu thuật là rất quan trọng.

## IV.2. Tổn thương ống dẫn trứng và kết quả phẫu thuật

### IV.2.1. TTVT và thai trong TC:

Bảng 3.7 cho thấy *có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TTVT và thai trong TC* ( $p < 0,0001$ ). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh TTVT là yếu tố quyết định trong tiên lượng sinh sản và có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ TTTC giữa nhóm tổn thương độ I, II và độ III, IV.

*Bảng 4.13: Tỷ lệ thai trong TC của các mức độ TTVT của một số NC*

Tác giả	Năm	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Bruhat	1989	44.5%	22.5%	7.7%	0%
Pouly	1996	51.3%	31.1%	6.6%	0%
Filippini	1996	57%	38.7%	13.6%	0%
Bùi TPN	2000	24.49%	8.33%	0%	0%
Nghiên cứu	2005	39.81%	15.57%	4.88%	-

Nhóm tổn thương có một bên VT ứ dịch và một bên không tổn thương (nhóm 0 – I/II/III) là một tình trạng không thường gặp.

McComb và Taylor trong một nghiên cứu từ 1988-1997 trên 23 bệnh nhân có VT chỉ ứ dịch một bên và đối bên thông, cho kết quả TTTC là 43.5% và TNTC là 4%. Tác giả cho rằng việc mở thông VT trong trường hợp này có một vai trò quan trọng trong khả năng thụ thai của bệnh nhân.

Tỷ lệ TTTC trong nhóm độ 0 – I/II/III là 54.92%, gợi ý chúng ta phải nghĩ rằng *khả năng có thai xảy ra là do VT thông tồn tại trước đó*. Tuy nhiên, sự xảy ra TTTC ngay tháng thứ nhất sau mổ sau 1–13 năm vô sinh, cho thấy khả năng thụ thai có *chịu ảnh hưởng của việc mở thông VT ứ dịch đối bên*. Qua đó, ta thấy việc mở thông VT bị ứ dịch đã làm giảm đi ảnh hưởng có hại của chất dịch ứ bên trong theo như một số báo cáo về đặc tính độc tính của chất dịch ứ này trong khi làm TTTON đã giải thích.

### IV.2.2. Tổn thương vòi trứng và thai ngoài tử cung:

Mục III.2.2 cho thấy *không có sự liên quan giữa các mức độ TTVT và khả năng xảy ra TNTC*. Tỷ lệ TNTC trong nhóm độ I (15.19%) cao hơn so với độ II (8.5%) và độ III (9.73%), có thể giải thích là rối loạn chức năng trung bình-nặng của VT sẽ cản trở khả năng xảy ra cả TTTC và TNTC, trong khi rối loạn chức năng nhẹ cho phép bắt trứng nhưng vì VT bất thường nên không thể vận chuyển trứng thụ tinh vào buồng TC.

Từ bảng 3.7 và mục III.2.2 cho thấy tỷ lệ TTTC của nhóm 0 – I/II/III và nhóm không tổn thương như nhau (54.92% và 54.09%), trong khi tỷ lệ TNTC của nhóm 0 – I/II/III cao hơn (15.6% so với 6.59%). Điều này cho thấy sự hiện diện của VT bị tổn thương (độ I, độ II, hoặc độ III) làm tăng nguy cơ xảy ra TNTC của nhóm 0 – I/II/III so với nhóm không tổn thương. Ngoài ra, cũng cho thấy tỷ số giữa *TNTC* và *TTTC tăng dần theo mức độ TTVT*, từ 0.12 ở nhóm không tổn thương cho đến 1.99 ở nhóm độ III. Kết hợp với tỷ lệ TTTC là 4.88%, cho chúng ta thấy rằng nên cân nhắc trong việc chọn lựa chỉ định điều trị đối với nhóm TTVT độ III.

### IV.3. Dính phần phụ và kết quả phẫu thuật

#### IV.3.1. Dính phần phụ và thai trong TC:

Khó có thể so sánh kết quả giữa tác giả này và tác giả khác vì tùy theo phân loại mà kết quả sẽ khác nhau, như Hulka 1982 tỷ lệ TTTC trong dính nặng là 0%, trong khi theo Marana 1995 là 70%. Ngoài ra, còn phụ thuộc vào điểm số trong cùng một phân loại, như nghiên cứu chúng tôi năm 2000, tỷ lệ này là 0% mặc dù chúng tôi sử dụng cùng một phân loại.

Bảng 4.14: Tỷ lệ thai trong TC theo mức độ dính PP của một số nghiên cứu

Tác giả	Năm	Không dính	Dính nhẹ	Dính trung bình	Dính nặng
Marana	1995	-	63%	-	70%
Milingos	2000	-	46%	18.5%	0%
Bùi T.P.N.	2000	22.2%	20.9%	23.5%	0%
Nghiên cứu	2005	65.1%	43.5%	20.5%	15.4%

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy *có sự liên quan có ý nghĩa giữa dính PP và tỷ lệ TTTC* qua giá trị  $p = 0,0017$  và thời điểm có thai cuối cùng sau mổ trong nhóm dính nặng là 13 tháng trong khi dính trung bình là 22 tháng, dính nhẹ là 26 tháng và không dính là 30 tháng (bảng 3.8).

#### IV.3.2. Dính phần phụ và TNTC:

Mục III.3.2 cho thấy *không có sự liên quan giữa dính PP và tỷ lệ TNTC* và điều này có thể giải thích theo cơ chế là dính PP làm thay đổi cấu trúc giải phẫu và sự tương quan giữa VT, buồng trứng và vùng chậu. Do đó, ảnh hưởng chủ yếu trên sự tự do phóng noãn và khả năng bắt trứng của loa vòi. Tuy nhiên, tỷ số giữa TNTC và thai trong TC tăng tương ứng với mức độ dính PP, từ nhóm không dính là 0.14 cho đến dính nặng là 0.66 (bảng 3.8 và mục III.3.2). Do đó, để đánh giá sự liên quan giữa dính PP và vị trí thai khi có mặt yếu tố TTVT, chúng tôi sẽ tiến hành phân tích đa biến.

### IV.4. Tuổi bệnh nhân và kết quả phẫu thuật

#### IV.4.1. Tuổi bệnh nhân và thai trong TC:

Kết quả cho thấy *tỷ lệ TTTC của nhóm trên 35 tuổi giảm có ý nghĩa so với nhóm ≤ 35 tuổi* ( $p = 0.05$ ) vì lý do chất lượng noãn giảm và nguy cơ nhiễm sắc thể bất thường tăng. Tương tự, theo

báo cáo của khoa Hiếm Muộn bệnh viện Từ Dũ, trong TTTON thì tỷ lệ có thai là 28.3 – 36.8% ở nhóm < 35 tuổi trong khi ở nhóm  $\geq 35$  tuổi là 0 – 18.2%. Nghiên cứu của chúng tôi năm 2000, cũng cho thấy tỷ lệ TTTC giảm dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm 20-25 tuổi (40%) và thấp nhất ở nhóm 36-40 tuổi (6,25%).

#### IV.4.2. Tuổi và TNTC:

Tuổi mẹ lúc thụ thai có ảnh hưởng lên khả năng TNTC hay không ? Cho đến hiện tại tuổi vẫn còn là yếu tố nghi ngờ trong khi khảo sát các yếu tố nguy cơ gây TNTC. Lý do được giải thích là những thay đổi trên chức năng VT liên quan đến tuổi có thể làm chậm sự chuyển động của trứng dẫn đến sự làm tổ tại VT. Tuy nhiên, kết quả bảng mục III.4.2 cho thấy **không có sự ảnh hưởng của tuổi lên kết quả TNTC**. Điều này có thể giải thích là do chúng tôi khảo sát trên những phụ nữ vô sinh do TTVT-PM nên hạn chế trong việc khảo sát ảnh hưởng độc lập của tuổi lên kết quả TNTC. Vì vậy, để khảo sát sự liên quan giữa tuổi người phụ nữ và TNTC cần thiết phải thực hiện một nghiên cứu khác.

### IV.5. Thời gian vô sinh và kết quả phẫu thuật

#### IV.5.1. Thời gian vô sinh và thai trong TC:

Nhiều nghiên cứu đưa ra những ý kiến trái ngược nhau về sự liên quan giữa TGVS và TTTC. Trong nghiên cứu chúng tôi, có sự **khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có thời gian vô sinh  $\leq 3$  năm (41.91%) và trên 3 năm (23.63%)** ( $p = 0.0016$ ). Đồng thời, kết quả cho thấy TGVS giữa nhóm có thai và không có thai khác biệt có ý nghĩa, điều này có liên quan đến TTVT và phần phụ hay không? Vì vậy, để khảo sát tác động độc lập của TGVS lên khả năng TTTC, chúng tôi tiến hành phân tích đa biến khi có mặt đồng thời yếu tố TTVT và dính phần phụ

#### IV.5.2. Thời gian vô sinh và TNTC:

Kết quả nghiên cứu cho thấy **không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỷ lệ TNTC giữa nhóm có thời gian vô sinh  $\leq 3$  năm (10.39%) và trên 3 năm (11.28%)**. Từ bảng 3.10 và mục III.5.2 ta có tỷ số giữa TNTC và TTTC trong nhóm có TGVS > 3 năm (0.48) cao hơn so với nhóm  $\leq 3$  năm (0.25). Điều này gợi ý cho chúng ta thấy nguy cơ xảy ra TNTC tăng nếu TGVS dài và có hay không sự liên quan giữa TGVS và TTVT-PM?

### IV.6. Ảnh hưởng của TTVT, dính phần phụ, tuổi bệnh nhân và thời gian vô sinh lên khả năng thai trong tử cung

Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố nguy cơ như TTVT, dính phần phụ, tuổi bệnh nhân và TGVS đều có ảnh hưởng lên khả năng xảy ra TTTC. Tuy nhiên, để đánh giá sự tác động độc lập của mỗi một yếu tố này lên khả năng xảy ra TTTC với sự có mặt đồng thời của các yếu tố còn lại, chúng tôi sử dụng hồi quy Cox trong phân tích đa biến.

Kết quả bảng 3.11 cho thấy chỉ có **nhóm TTVT độ II và độ III làm giảm khả năng có thai có ý nghĩa thống kê** với tỷ số nguy cơ HR lần lượt là 0.3 (ktc 95%: 0.136 – 0.702), 0.05 (ktc 95%: 0.006 – 0.407) và p hiệu chỉnh của cả hai trường hợp là < 0.01. Điều này cho thấy rằng những kết quả có được khi phân tích đơn biến có thể bị tác động bởi yếu tố TTVT và trong nghiên cứu này, **TTVT là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ có TTTC sau phẫu thuật tạo hình VT.**

#### **IV.7. Thời gian theo dõi có thai sau phẫu thuật**

Đường biểu diễn thai kỳ chung (1) của biểu đồ 3.1, cho thấy **thai kỳ xuất hiện ngay sau mổ và tăng nhanh trong 12 tháng đầu tiên**, chứng tỏ rằng nguyên nhân gây vô sinh đã được giải quyết thì khả năng thụ thai sẽ xảy ra nhanh sau mổ. **Từ tháng 12 đến tháng 24, khả năng có thai tăng chậm đi**, tuy nhiên cho thấy khả năng có thai vẫn tiếp tục xảy ra trong năm thứ hai. Ngoài ra, đường biểu diễn TTTC (2) tăng dần cho đến tháng 30 sau mổ trong khi đường biểu diễn TNTC (3) là một đường ngang sau tháng 20 trở đi, gợi ý đến sự phục hồi dần của TTVT mà Gomel và Swolin đã báo cáo 1978 là VT có khả năng sinh nhưng mao và sửa chữa nội tại. Đồng thời, đường biểu diễn **thai trong TC (2) cho thấy sau 24 tháng khả năng có thai vẫn còn tiếp tục xảy ra.** Tuy nhiên, thời gian chờ đợi có thai **không nên quá 2 năm vì không hợp lý trong kỷ nguyên hỗ trợ sinh sản.**

Tham khảo một số kết quả và ý kiến về sự chọn lựa điều trị giữa phẫu thuật nội soi và TTTON đối với những trường hợp vô sinh do tắc VT đoạn xa qua y văn, chúng tôi chỉ ghi nhận được một vài báo cáo cho thấy tỷ lệ TTTC do riêng nguyên nhân VT là 27.5 - 30%, trong đó do VT ứ dịch là 16.4% trong một lần chuyển phôi (Milingos 2000), hoặc phải cần ít nhất là 3 lần thụ tinh để đạt được kết quả là 40%.

Đối với nhóm VT không tổn thương, tổn thương 0 – I/II/III và độ I thì tỷ lệ TTTC đạt được sau phẫu thuật tạo hình VT (từ 39.81 – 54.92%) cao hơn so với TTTON. Do đó, chỉ định điều trị là phẫu thuật tạo hình VT.

Đối với tổn thương độ II, tỷ lệ TTTC đạt được sau phẫu thuật tạo hình VT (15.57%) hơi kém hơn so với TTTON. Do đó, khả năng chọn lựa điều trị là phẫu thuật tạo hình VT và tùy thuộc vào bệnh cảnh kết hợp.

Riêng đối với tổn thương độ III, chỉ có duy nhất một trường hợp có thai trong TC trên bệnh nhân có một bên VT tổn thương độ III, một bên VT bị tắc đoạn gần và không kèm dính phần phụ. Trong khi đó, 3 trường hợp TNTC, thì một trường hợp là tổn thương III-IV, một trường hợp là tổn thương III-III, một trường hợp có tiền căn TNTC và cả 3 trường hợp này đều có dính phần phụ từ trung bình đến nặng. Với tỷ lệ thai trong TC thấp (4.88%) và tỷ số giữa TNTC và thai trong TC cao (1.99), cho nên chúng ta phải cân nhắc chỉ định phẫu thuật tạo hình VT trong những trường hợp này. Tuy nhiên, nếu có chỉ định phẫu thuật thì thời gian chờ đợi cũng có thể là 2 năm, bởi vì TTVT có khả năng phục hồi sau phẫu thuật, được phản ánh qua 3 trường hợp TNTC đều xảy ra trong

vòng 17 tháng đầu sau phẫu thuật, trong khi đó một trường hợp thai trong TC duy nhất lại xảy ra vào thời điểm 22 tháng.

## KẾT LUẬN

Qua những kết quả nghiên cứu ghi nhận được trên 230 bệnh nhân vô sinh do nguyên nhân VT-PM, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

### 1. Kết quả phẫu thuật:

Hiệu quả của phẫu thuật tạo hình VT qua nội soi có thể so sánh được với TTTON trong điều trị vô sinh do VT-PM, với tỷ lệ thai trong TC là 31.42%.

### 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng có thai:

✦ Trong 4 yếu tố khảo sát thì yếu tố TTVT là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa đến tỷ lệ thai trong TC, qua các kết quả cụ thể như sau:

- Tỷ lệ thai trong TC giảm dần theo mức độ TTVT: nhóm không tổn thương là 54,09%, tổn thương độ I là 39,81%, tổn thương độ II là 15,57% và độ III là 4,88% .

- Nguy cơ xảy ra TNTC so với thai trong TC tăng dần theo mức độ TTVT, trong đó đối với nhóm tổn thương độ III tỷ số nguy cơ là 1,99.

- Tiên lượng khả năng sinh sản của nhóm tổn thương 0 – I/II/III dựa trên VT thông trước đó và tác dụng của việc tạo hình bên đối diện.

- Nhóm tổn thương độ II và III làm giảm khả năng có thai trong TC 3,3 lần và 20 lần một cách có ý nghĩa thống kê ( $p$  hiệu chỉnh  $< 0.01$ ).

✦ Dính phần phụ, tuổi bệnh nhân và TGVS có liên quan đến tỷ lệ thai trong TC (phân tích đơn biến), tuy nhiên sự liên quan này không chặt chẽ vì bị tác động bởi yếu tố tổn thương VT (phân tích đa biến).

### 3. Khoảng thời gian cần theo dõi để có thai sau phẫu thuật:

✦ Xác suất có thai chung (thai trong TC và TNTC) ở các khoảng thời gian theo dõi sau phẫu thuật:

- Thời điểm 12 tháng: 27.4%, tương ứng 70.3% tổng số các trường hợp.

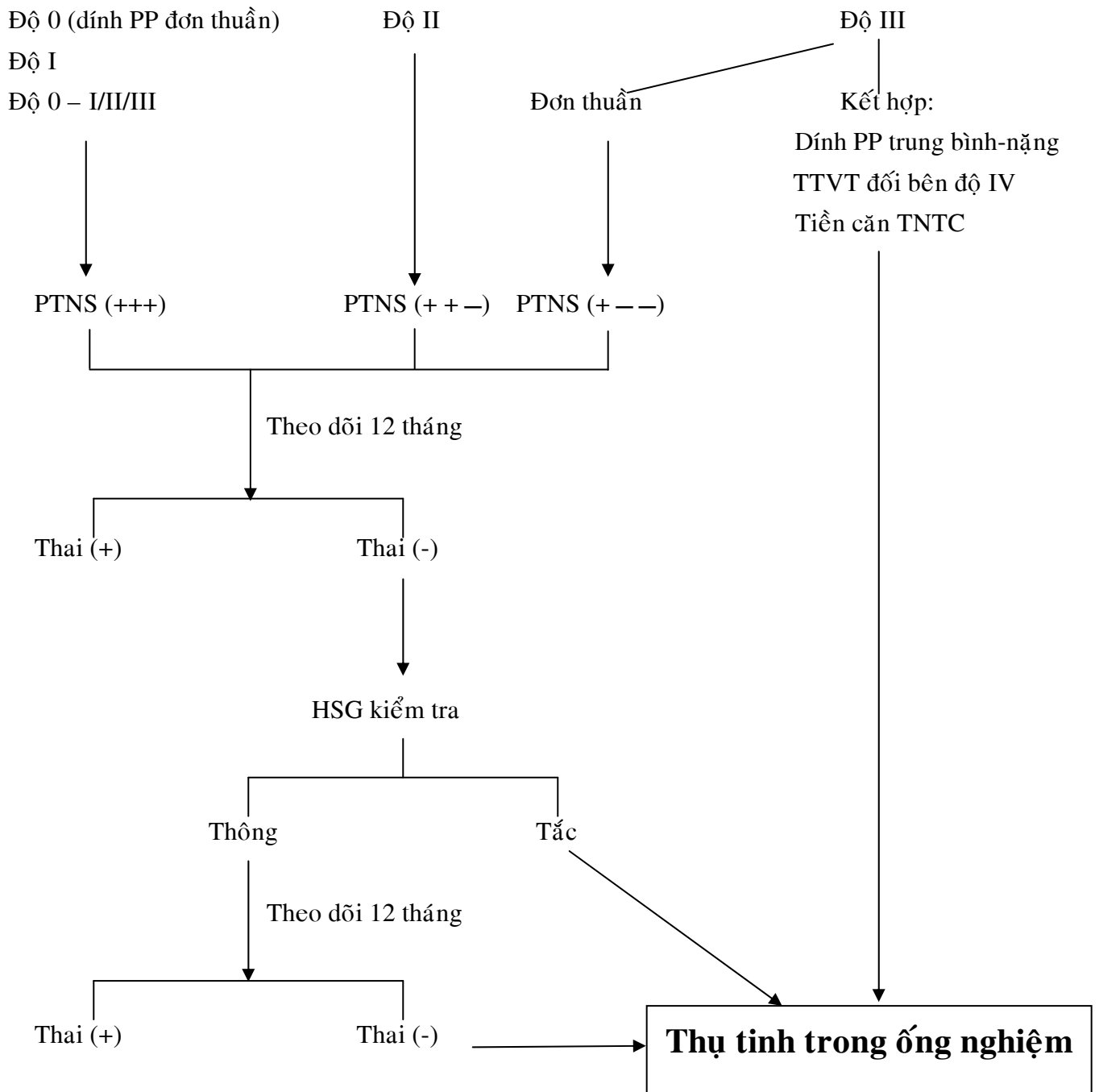
- Thời điểm 24 tháng: 36.4%, tương ứng 93.4% tổng số các trường hợp.

✦ Thời gian chờ đợi có thai sau mổ nói chung là 2 năm. Tuy nhiên, chỉ định phải cân nhắc ở nhóm tổn thương độ III.



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN

## TỒN THƯƠNG VÒI TRỨNG ĐOẠN XA



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Kỳ: *Vô sinh do viêm tắc ống dẫn trứng*. Nội san Hội Sản Phụ Khoa Việt Nam 1999, trang 31-37.
2. Lê Tự Phương Chi (2000), “Tỷ lệ mới mắc thai ngoài tử cung tại Thành Phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học*, Đại học Y Dược TP. HCM tập 6 (4), tr. 214 – 219.
3. Bùi Thị Phương Nga: *Nghiên cứu phẫu thuật nội soi: Điều trị vô sinh do tắc vòi trứng-dính phúc mạc*. Luận văn thạc sĩ Y học 2000 trang 42-50.
4. Aisaka-K: *Female sterility*. Nippon-Rinsho. 1997 Nov; 55(11): 2935-40- Medline 1998.
5. Akande V.A., Hunt L.P., Cahill D.J., Caul E.O., Ford W.C.L. and Jenkins J.M. (2003), “Tubal damage in fertile women: prediction using Chlamydia serology”, *Hum Reprod*, vol 18 (9), pp. 1841 – 1847.
6. Andersen Anne-Marie Nybo, Wohlfahrt Jan, Christens Peter, Olsen Jrn, Melbye Mads (2000), “Maternal age and fetal loss: population based register linkage study”, *BMJ* , vol 320, pp. 1708 – 1712.
7. Aristizabal-J, Barri-N, Brosens-IA, Dubuisson-JB. Chapron-C, Evers-LH (1997), “Infertilité tubaire”, *Consensus infertilité tubaire Anglais*, <http://www.mnet.fr/iffs/a.inftub.htm>
8. Audebert-AJM, Pouly-JL, Theobald-PV (1998): “Laparoscopic fimbrioplasty: an evaluation of 35 cases”, *Hum Reprod*, vol 13 (6), pp. 1496 – 1499.
9. Bouyer Jean, Joël Coste, Taraneh Shojaei, Pouly J.L., Hervé Fernandez, Laurent Gerbaud, and Nadine Job-Spira (2003), “Risk Factors for ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France” *Am J Epidemiol* , vol 157 (3), pp. 185 – 194.
10. Bruhat-MA, Mage-G, Pouly-JL, Manhes-H, Canis-M, Wattiez-A (1989), “Néostomies”, *Coelioscopie opératoire*, pp. 95 – 108.
11. Dubuisson-JB, Chapron-C, Morice-P, Aubriot-FX, Foulot-H and Bouquet de Joliniere-J (1994), “Laparoscopic salpingostomy: fertility results according to the tubal mucosal appearance”, *Hum Reprod* , vol 9, pp. 334 – 339.

12. Canis-M, Mage-G, Pouly-JL, Manhes-H, Wattiez-A, Bruhat-MA: *Laparoscopic distal tuboplasty: report of 87 cases and a 4-year experience*. Fertil Steril 1991, Vol 56 (4): 616-621.
13. Dubuisson-JB, Chapron-C, Morice-P, Aubriot-FX, Foulot-H and Bouquet de Joliniere J: *Laparoscopic salpingostomy: fertility results according to the tubal mucosal appearance*. Hum Reprod 1994, Vol 9: 334-339.
14. Fayez-JA. *An assessment of the role of operative laparoscopy in tuboplasty*. Fertil Steril 1983, Vol 39 (4): 476-9.
15. Filipini-F, Darai-E, Benifla-JL, Renolleau-C, Febban-E, Vlastos-G, Madelenat-P (1996), "Distal tubal surgery: a critical review of 104 laparoscopic distal tuboplasties" *J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-Paris*, vol 25 (5), pp. 471 – 478.
16. Gomel-V. *Salpingostomy by microsurgery*. Fertil Steril 1978, Vol 29 (4): 380-7.
17. Hornstein-MD, Schust-D: *Infertility*. Novak's 1996, 915-932.
18. Jorge Aristizabal –Colombie, Pedro N. Barri-Espagne, Ivo A. Brosens-Belgique, Jean-Bernard Dubuisson et Charles Chapron- France, Johannes L.H.Evers-Pays-Bas et al: *Infertilité tubaire*. Consensus Infertilité Tubaire Anglais 1997. <http://www.mnet.fr/iffs/a.inftub.htm>.
19. Kasia Jean-Marie, Raiga-J, Anderson Sama Doh, Biouele-JM, Pouly-JL, Kwiatkowski-F, Titus Edzoa and Bruhat-MA (1997), "Laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the Yaoundé General Hospital, Cameroon (report of 194 cases)", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol 73, pp. 71 – 77.
20. Lavy-G, Diamond-MP, DeCherney-AH: *Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery*. Fertil Steril 1987, Vol 47 (4): 543-556.
21. McComb-PF, Taylor-RC (2001), "Pregnancy outcome after unilateral salpingostomy with a contralateral patent oviduct", *Fertil Steril*, vol 76(6), pp. 1278 – 1279.
22. Patton-GW: *Setting up a service instrumentation and administration*. Endoscopic surgery for gynecologic, second edition 1998: 19-30.
23. Poaci-C, Camus-M, Osmanagaoglu-K and Devroey-P: *Tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: clinical options*. ART in the year 2000, 120-133.
24. Pouly-JL, Bruhat-MA, Mage-G, Wattiez-A, Raymond-F, Canis-M, Chapron-C (1996-1997), "La chirurgie coelioscopique de la stérilité", *Diplôme Universitaire Européen d'endoscopie opératoire en gynécologie*, pp. 170 – 197.
25. Russell-JB, DeCherney-AH, Laufer-N, Polan-ML, Naftolin-F. *Neosalpingostomy: comparison of 24-and 72-months follow-up time shows increased pregnancy rate*. Fertil Steril 1986, Vol 45 (2): 296-8.

26. Saleh-WA, Dlugi-AM: *Pregnancy outcome after laparoscopic fimbrioplasty in nonocclusive distal tubal disease*. Ferti-Steril 1997 Mar, Vol 67(3): 474-80.
27. Taylor-RC, Jonathan Berkowitz, and McComb-PF: *Role of laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx*. Fertil Steril, March 2001, Vol 75 (3):594 – 600.
28. DK Tran, JL Leroy, M Persch, A Bongain, K Daoudi, BMN Nguyen, CT Tran: *Stérilité tubopéritonéale*. Endocyclopédie Medico-Chirurgicale 1997, 750-A-10.
29. Van Den Eeden Stephen-K, Jun Shan, Carol Bruce and Mark Glasser (2005), “Ectopic Pregnancy Rate and Treatment Utilization in a Large Managed care Organization”, *Obstet Gynecol*, pp. 1052 – 1057.

\*: TS. Cán Bộ Giảng Bộ Môn Sức Khỏe Sinh Sản, Trung Tâm Đào Tạo và BDCBYT TPHCM

\*\* : PGS. TS. Cán Bộ Giảng Bộ Môn Sản Trường Đại Học Y Dược TPHCM

\*\*\*: PGS. TS. Phó Chủ Nhiệm Bộ Môn Sản Trường Đại Học Y Dược TPHCM