

Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng *

Ths.Bs. Lê Quang Thanh, Gs.Bs. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

*Ths.Bs. Chu Thị Bá, Bs. Cửu Nguyễn Thiên Thanh
Bệnh viện Từ Dũ*

TÓM TẮT

Nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân (BN) bị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng, một khảo sát hồi cứu đã được thực hiện tại BV Từ Dũ. Tất cả các trường hợp phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng đoạn xa ở những BN hiếm muộn từ năm 2002 đến hết năm 2003 tại BV Từ Dũ đều được chọn để đánh giá. Các dữ liệu được thu thập hồi cứu trên hồ sơ bệnh án và thư phúc đáp do BN trả lời. Hiệu quả được đánh giá dựa trên tỉ lệ thai trong tử cung sau mổ tính đến thời điểm tháng 10/2004.

Tổng số trường hợp khảo sát được là 140. Tỷ Lệ có thai trong tử cung là 19.3%, thai ngoài tử cung là 9.3%. Tuổi của BN là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật, càng lớn tuổi tỉ lệ có thai càng thấp (những người trên 35 tuổi tỉ lệ có thai chỉ còn 4%). Tỷ lệ có thai phù hợp với mức độ tổn thương và dính vòi trứng, mức độ tổn thương và dính càng nặng thì tỉ lệ có thai càng thấp.

Tóm lại, tiên lượng của hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng liên quan đến độ nặng của tổn thương vòi trứng và tuổi của bệnh nhân. Phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng chỉ hiệu quả khi tổn thương vòi trứng ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. Đối với những trường hợp lớn tuổi (>35) hoặc tổn thương vòi trứng nặng nên được chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

THE EFFICACY OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR PATIENTS WITH TUBAL FACTOR INFERTILITY

In order to evaluate the efficacy of laparoscopic surgery for patients with tubal factor infertility, a retrospective analysis was conducted at tu du hospital. All infertile cases with laparoscopic tubal surgery from 2002 to the end of 2003 at tu du hospital was selected for this analysis. Needed informations were retrospectively collected on medical record and patients reply. The evaluation of effectiveness was based on the rate of intrauterine pregnancy after laparoscopic tubal surgery up to 10/2004.

Total cases enrolled is 140. Intrauterine pregnancy rate is 19.3% and ectopic pregnancy rate is 9.3%. Patient's age is one of factors influencing the outcome of laparoscopic surgery. The elder patients are, the lower pregnancy rate they get for patients over 35 years old, pregnancy rate is as low as 4%). The level of tubal damage and adhesion are also influencing factors for rate of intrauterine pregnancy. The more severe damage and adhesion patients have, the lower pregnancy rate they get.

Briefly, the prognosis of tubal factor infertility was highly associated with the level of tubal damage and patients age. Laparoscopic surgery for tubal obstruction is only effective for cases with mild or moderate lesion. For elder cases over 35 years old or severe tubal damage, IVF-ET should be indicated.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiếm muộn là một tình trạng khá phổ biến hiện nay, theo điều tra người ta ước tính tỷ lệ hiếm muộn trên toàn thế giới khoảng 15-20% tổng số các cặp vợ chồng trong tuổi sinh đẻ VÀ ở Việt Nam tỷ lệ này khoảng 7-10%. Tồn thương vòi trứng là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất chiếm khoảng 25-35% những trường hợp hiếm muộn do nữ⁽¹⁾.

Ngày nay tại phần lớn các nước trên thế giới, phẫu thuật nội soi ổ bụng được chỉ định rộng rãi trong chẩn đoán và điều trị hiếm muộn do tồn thương vòi trứng. Hàng năm tại bệnh viện Từ Dũ (BVTĐ) thực hiện hàng ngàn trường hợp nội soi chẩn đoán và điều trị vô sinh do vòi trứng. Tái tạo vòi trứng đoạn xa qua nội soi ổ bụng trong điều trị hiếm muộn do vòi trứng là một kỹ thuật rất thường được các phẫu thuật viên thực hiện. Tuy nhiên hiệu quả của kỹ thuật này vẫn chưa được đánh giá đúng mức, đặc biệt trong những trường hợp tồn thương nặng hoặc ứ dịch vòi trứng. Vòi trứng có một vị trí giải phẫu và chức năng sinh lý rất phức tạp, ảnh hưởng nhiều đến quá trình thụ thai bình thường, cũng như ảnh hưởng đến kết quả của các biện pháp hỗ trợ sinh sản nếu như có tồn thương viêm ứ dịch nặng.

Từ khi thụ tinh trong ống nghiệm (TTÔN) thực hiện thành công trên thế giới nói chung và tại BVTĐ nói riêng, đã mở ra một hướng đi mới cho việc điều trị hiếm muộn do vòi trứng. Từ đó đã đặt ra một vấn đề gây nhiều tranh luận đó là việc nên thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng hay TTÔN để điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng. Trong những trường hợp nào nên thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo lại vòi trứng và trong trường hợp nào chỉ định ngay TTÔN. Đặc biệt ở những người lớn tuổi hoặc tồn thương vòi trứng nặng. Điều này hết sức quan trọng vì liên quan đến khả năng thụ thai của bệnh nhân (BN) trong tương lai. Nhằm đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng đoạn xa trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng, để từ đó có thể làm cơ sở cho một phác đồ điều trị cơ bản cho những trường hợp này, chúng tôi thực hiện một khảo sát hồi cứu những trường hợp đã được tái tạo vòi trứng tại BVTĐ trong năm 2002 và 2003. Hiệu quả được đánh giá bằng tỉ lệ có thai trong tử cung tính đến thời điểm tháng 10/2004.

PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tất cả các trường hợp phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng đoạn xa từ đầu năm 2002 đến cuối năm 2003 tại BVTĐ được hồi cứu lại trên hồ sơ bệnh án. Lập danh sách, gửi phiếu câu hỏi theo địa chỉ ghi trong hồ sơ bệnh án tối đa là 3 lần cho mỗi BN.

Tính đến thời điểm tháng 10/2004, có 140 BN được chọn phù hợp với tiêu chuẩn. Các số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án như: tuổi, nghề nghiệp, nơi sinh sống, thời gian hiếm muộn, mức độ tồn thương vòi trứng, phương pháp phẫu thuật. Thư phúc đáp của BN gồm các dữ liệu như có thai tự nhiên hay không? Thai ngoài tử cung hay trong tử cung? Có sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản nào không?

Tồn thương vòi trứng được phân loại theo Hiệp Hội Phụ Khoa Pháp⁽¹⁵⁾ gồm 4 mức độ tồn thương I, II, III, IV. Dính quanh vòi trứng được chia thành 3 mức độ dính nhẹ, trung bình và nặng (bảng 1 và 2).

Bảng 1: Chỉ Số Đánh Giá Vòi Trứng Đoạn Xa (Mage & Bruhat 1987)

Chỉ Số	0	2	5	10
Vòi trứng thông (qua nội soi)		Chít hẹp	Ứ nước (hydro-salpinx)	
Niêm mạc vòi trứng (qua HSG)	Bình thường		Nếp gấp giảm	Không còn nếp gấp hoặc viêm dính trong lòng vòi trứng
Thành vòi trứng	Bình thường		Mỏng	Dày hoặc xơ cứng

Độ 1: 2-5 điểm Độ 2: 6-10 điểm
 Độ 3: 11-15 điểm Độ 4: trên 15 điểm

Bảng 2: Chỉ Số Đánh Giá Độ Dính (Do Mage và Bruhat 1987)

Cơ quan và loại dính	Diện tích cơ quan bị dính		
	1/3	2/3	3/3
Buồng trứng			
Màng mỏng	1	2	4
Dày dính	4	8	16
Vòi trứng đoạn gần			
Màng mỏng	1	2	4
Dày dính	2	5	10
Vòi trứng đoạn xa			
Màng mỏng	1	1	4
Dày dính	5	10	10

Không dính: 0 Dính nhẹ: 1-6
 Dính trung bình: 7-15 Dính nặng: trên 15

Hiệu quả phẫu thuật được đánh giá dựa trên sự có thai tự nhiên sau mổ hay không? Thành công khi có thai trong tử cung; thất bại khi có thai ngoài tử cung (TNTC) hay không có thai tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (10/2004).

KẾT QUẢ

1- Đặc điểm bệnh nhân (n = 130)

- Tuổi <30: 45 trường hợp (34,6%)
 - 30 -35: 60 trường hợp (46,2%)
 - >35: 25 trường hợp (19,2%)
- Nơi sinh sống tại TP Hồ Chí Minh là 73 trường hợp (56.3%), nơi khác có 57 trường hợp (43.7%)
- Nghề nghiệp:
 - Nội trợ: 40 trường hợp (30.5%)
 - Hành chính: 21 (16.2%)
 - Làm ruộng: 10 (7.8%)
 - Công nhân: 7 (5.5%)
 - Khác (buôn bán, thợ may, bán hàng...): 45 (34.4%)

2- Hiệu quả của phẫu thuật nội soi:

- Thai trong tử cung: 27 trường hợp (19,3%)
- Thai ngoài tử cung: 13 trường hợp (9,3%)
- Không có thai: 100 trường hợp (71,4%)

Bảng 3. Hiệu quả của phẫu thuật phân bố theo tuổi, mức độ tổn thương vòi trứng và độ dính vòi trứng

Tuổi	Số trường hợp	Thai trong tử cung n (%)	Không có thai và TNTC (%)	Test thống kê
<30	45	16 (35,6)	29 (64,4)	$\chi^2=10,86;$ $p=0,004$
30 - 35	60	10 (16,67)	50 (83,3)	

>35	25	1 (4,0)	24 (96,0)	
Tổn thương vòi trứng				
Độ I	44	20 (45,5)	24 (54,5)	$\chi^2=24,27;$ $p<0,001$
Độ II-III	85	7 (8,2)	78 (91,8)	
Độ dính vòi trứng				
Không dính	14	6 (42,9)	8 (57,1)	$\chi^2= 7,18;$ $p=0,067$
Dính nhẹ	74	16 (21,6)	58 (78,4)	
Trung bình	33	5(15,2)	28 (84,8)	
Dính Nặng	9	0	9 (100)	

Bảng 4. Tỷ lệ thai trong và ngoài tử cung theo mức độ tổn thương và dính quanh vòi trứng

Tổn thương VT	Số trường hợp	Thai trong tử cung n (%)	TNTC n (%)	Test thống kê
Độ I	44	20 (45,5)	7 (15,9)	$\chi^2=1,64;$ $p=0,201$
Độ II	55	5 (9,1)	5 (9,1)	
Độ III	30	2 (6,7)	1 (3,3)	
Không dính VT	14	6 (42,9)	0	$\chi^2=3,4;$ $p=0,065$
Dính VT	107	21 (19,6)	13 (12,1)	

Bảng 5. Mức Độ can thiệp phẫu thuật và bệnh lý phổi hợp

Tái tạo	Số trường hợp	Thai trong TC (%)	Không có thai và TNTC (%)	
Một bên	67	19 (28,4)	48 (71,6)	$\chi^2=4,84;$ $p=0,028$
Hai bên	63	8 (12,7)	55 (87,3)	
Hiếm muộn I	52	11 (21,2)	41 (78,8)	$\chi^2=0,01$ $p=0,929$
Hiếm muộn II	78	16 (20,5)	62 (79,5)	
Không có bệnh phổi hợp	102	20 (19,6)	82 (80,4)	$\chi^2=0,39;$ $p=0,533$
Có bệnh phổi hợp	28	7 (25)	21 (75)	

BÀN LUẬN

Theo khảo sát này, tổng tỷ lệ có thai sau phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng đoạn xa là 28.3% trong đó 1/3 các trường hợp bị thai ngoài tử cung. Theo y văn thì tỉ lệ thai trong và ngoài tử cung thay đổi tùy theo từng tác giả. Các khảo sát thường có những tiêu chuẩn chọn bệnh khác nhau, có nhiều cách phân mức độ tổn thương khác nhau, kỹ thuật thực hiện cũng khác nhau... nên rất khó so sánh.

Bảng 3 cho thấy tuổi của BN là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật. BN càng lớn tuổi tỉ lệ có thai sau tái tạo vòi trứng càng giảm. Đối với những người trên 35 tuổi, tỉ lệ có thai rất thấp chỉ còn 4%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với những kết quả đã được công bố trên y văn. Điều này có thể được giải thích do càng lớn tuổi thì nguy cơ tổn thương vòi trứng càng nặng và cơ bản nhất vẫn là dự trữ buồng trứng càng lúc càng kém dẫn đến làm suy giảm mạnh khả năng có thai. Do đó việc điều trị những BN trên 35 tuổi có tổn thương khó hồi phục cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng: nên tái tạo vòi trứng hay chỉ định ngay TTTÔN vì yếu tố thời gian lúc này rất quan trọng, càng lớn tuổi tỉ lệ thành công của TTTÔN càng giảm. Theo nghiên cứu của Benadiva C.A. và CS ở những BN hiếm muộn do ống dẫn trứng có chỉ định TTTÔN, tỉ lệ thành công sẽ giảm dần theo sự gia tăng của tuổi. Tỷ lệ thành công là 50% ở BN dưới 30 tuổi, 28% ở BN tuổi từ 35 đến 38 tuổi và chỉ còn thấp hơn 9% ở BN trên 41 tuổi.⁽²⁾ Những bằng chứng cho thấy chỉ nên thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng ở những BN trẻ tuổi có dự trữ buồng trứng tốt, bị tổn thương nhẹ hoặc trung bình ở vòi trứng. Những BN này sẽ được chỉ định TTTÔN nếu sau phẫu thuật một năm không có thai.⁽²⁻⁴⁾ Ở những BN lớn tuổi (>35 tuổi) có dự trữ buồng trứng kém hoặc BN bị tổn thương nặng vòi trứng nên được chỉ định ngay TTTÔN để tránh biến chứng của phẫu thuật và có cơ hội mang thai ngay.⁽²⁾

Khi thực hiện nội soi tái tạo vòi trứng cũng nên thực hiện trên nguyên tắc vi phẫu sẽ có kết quả cao hơn là thực hiện kỹ thuật thông thường. Khảo sát của Lavy G⁽⁵⁾ cho thấy tỉ lệ thai

trong tử cung là 59% khi thực hiện kỹ thuật vi phẫu cao hơn hẳn so với 42% khi thực hiện kỹ thuật thông thường. Đồng thời tỉ lệ TNTC cũng giảm đáng kể Từ 14% xuống 6%. Trong một số những trường hợp đặc biệt như TNTC tái phát và ứ dịch vòi trứng thì phẫu thuật kẹp đốt vòi trứng dự phòng trước khi làm TTTÔN để cải thiện tối đa tỉ lệ có thai trong tử cung.⁽⁶⁾

Bảng 3 cũng cho thấy tỉ lệ thai trong tử cung khi có tổn thương vòi trứng độ I cao hơn hẳn so với khi bị tổn thương nặng hơn có ý nghĩa thống kê. Nghĩa là tổn thương vòi trứng càng nặng thì tỉ lệ thai trong tử cung càng thấp. Bảng 4 cho thấy tỷ lệ thai trong và ngoài tử cung theo mức độ tổn thương vòi trứng không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên khi tổn thương chỉ ở mức độ nhẹ thì tỉ lệ thai trong tử cung cao hơn hẳn. Từ dữ liệu đó có thể thấy rằng mức độ tổn thương vòi trứng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả phẫu thuật. Vòi trứng tổn thương càng nặng thì tỉ lệ có thai trong tử cung càng thấp, đối với tổn thương ở mức độ III và IV thì hầu như là thất bại hoàn toàn. Theo Mage và Bruhat 1986 đã đưa ra ý nghĩa của bảng chỉ số đánh giá các tổn thương và qua đó đề ra chỉ định điều trị cho mỗi giai đoạn. Giai đoạn I: gỡ dính; giai đoạn II: tạo hình loa vòi; giai đoạn III: tùy theo sự đánh giá của phẫu thuật viên để có cách xử trí thích hợp (cân nhắc cẩn thận giữa phẫu thuật nội soi và thụ tinh TRONG ống nghiệm); giai đoạn IV: chỉ định TTTÔN.⁽¹⁵⁾ Do đó khi vòi trứng ở giai đoạn III và IV thì chỉ định TTTÔN là một giải pháp hợp lý. Đối với những trường hợp này cần cân nhắc đến chỉ định kẹp cắt vòi trứng để nâng cao hiệu quả của TTTÔN. Theo y văn thì những tổn thương viêm ứ dịch vòi trứng làm ức chế phối phát triển do thiếu nghiêm trọng những chất dinh dưỡng và dự trữ năng lượng.^(7,8) Hơn nữa, sự thoát dịch viêm từ vòi trứng bị ứ dịch vào buồng tử cung làm hại cho quá trình làm tổ của phôi do có sự thay đổi của nội mạc tử cung và còn làm cho nguyên bào bị tróc ra khỏi bề mặt của nội mạc tử cung do nguyên nhân “co học”.⁽⁹⁻¹²⁾ Khi so sánh với nhóm bị hiếm muộn do nguyên nhân khác gây tắc vòi trứng, người ta thấy rằng ở nhóm bị viêm tắc ứ dịch vòi trứng tỉ lệ có thai, làm tổ, và sanh chỉ bằng một nửa, đồng thời tỉ lệ sảy thai tự nhiên sau TTTÔN cũng cao gấp 2 lần so với nhóm tắc vòi trứng do nguyên nhân khác.^(13,14) Đồng thời đối với các trường hợp TTTÔN, người ta thấy rằng có sự tăng đáng kể tỉ lệ có thai và sanh ở nhóm đã cắt vòi trứng trong trường hợp viêm tắc ứ dịch là 37% và 29% so với nhóm không cắt vòi trứng tỉ lệ là 24% và 16%.⁽⁶⁾

Khảo sát cũng cho thấy rằng dính vòi trứng là một yếu tố quan trọng cần cân nhắc. Khi có dính vòi trứng thì tỉ lệ thai trong tử cung thấp và tỉ lệ TNTC cao hơn hẳn khi so sánh với nhóm không có dính vòi trứng. Tuy trong nghiên cứu này khi so sánh tỉ lệ có thai giữa các nhóm có độ dính vòi trứng khác nhau không phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 3 và 4), điều này có thể lý giải do cỡ mẫu nhỏ nên không đủ ghi nhận sự khác biệt. Theo ghi nhận từ y văn thì có khoảng 5-10% trường hợp hiếm muộn là do dính quanh vòi trứng–buồng trứng. Yếu tố dính thường kết hợp với tắc nghẽn vòi trứng trong hơn 50% trường hợp, và đó cũng là yếu tố góp phần thất bại trong phẫu thuật tái tạo vòi trứng. Do đây là khảo sát hồi cứu nên chúng tôi không ghi nhận được nguyên nhân gây dính. Trong nghiên cứu tiền cứu chúng tôi sẽ phân biệt rõ nguyên nhân gây dính do lạc nội mạc tử cung, do những lần mổ trước, lao hay do viêm nhiễm (Chlamydia Trachomatis). Đây là yếu tố cần cân nhắc vì nguyên nhân gây dính cũng có thể ảnh hưởng nhiều tới kết quả của phẫu thuật.

Bảng 5 cho thấy tỉ lệ có thai trong tử cung ở nhóm chỉ tái tạo một bên vòi trứng là 28,4% so với nhóm phải tái tạo cả hai bên là 12,7%. Sự khác biệt về mức độ can thiệp phẫu thuật tái tạo vòi trứng có ý nghĩa thống kê, nếu chỉ tái tạo vòi trứng một bên có tỉ lệ có thai cao hơn hẳn khi phải tái tạo cả hai bên. Khi tái tạo một bên vòi trứng thì tiên lượng có thai cao hơn 2 lần so với khi phải tái tạo cả hai bên. Bảng 5 cũng cho thấy số BN bị hiếm muộn thứ phát trong khảo sát này cao hơn số bị hiếm muộn nguyên phát 1,5 lần. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về mặt thống kê khi so sánh tỉ lệ thai trong tử cung giữa nhóm hiếm muộn nguyên phát và thứ phát, nghĩa là tình trạng hiếm muộn không ảnh hưởng đến hiệu quả phẫu thuật.

không có sự khác biệt thống kê về thời gian hiếm muộn trung bình giữa nhóm thai trong tử cung ($5,56 \pm 4,12$) và nhóm không có thai hoặc TNTC ($6,72 \pm 4,50$) (test t; $p=0,133$), nghĩa là hai nhóm có thời gian vô sinh trung bình tương đương với nhau. Các bệnh lý kèm theo có thể là u nang buồng trứng, u xơ tử cung, nang nước cạnh vòi trứng... Nhưng có thể do số này rất ít nên không phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Thành công của phẫu thuật nội soi tái tạo vòi trứng thường cao hơn ở những bệnh nhân trẻ tuổi với tổn thương vòi trứng mức độ nhẹ và không dính hay chỉ có dính nhẹ. Đối với bệnh nhân lớn tuổi (>35 tuổi) thì hiệu quả của phẫu thuật tái tạo vòi trứng rất thấp.

Các yếu tố cần xem xét khi quyết định phẫu thuật tái tạo vòi trứng hay TTTÔN bao gồm tuổi, dự trữ buồng trứng, mức độ tổn thương vòi trứng, bệnh lý kết hợp, mong muốn của người bệnh, cũng như điều kiện kinh tế-xã hội của họ.

Đối với những trường hợp có ứ dịch vòi trứng nặng cần phải cân nhắc thực hiện kẹp đốt sát góc hoặc cắt vòi trứng dự phòng để nâng cao hiệu quả của TTTÔN (trong những trường hợp này cần phải tư vấn và được sự đồng ý của BN).

Tài liệu tham khảo

1. Serafini P, Batzolin J. *Diagnosis of female infertility. J Reprod Med* 1989; 34: 29-40.
2. Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. *In vitro fertilization versus tubal surgery: Is pelvic reconstructive surgery obsolete? Fertil Steril* 1995; 64: 1051-1061.
3. Watson A, Vandekerckhove P, Lifford R. *Techniques for pelvic surgery in subfertility. Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD000221.
4. Audibert A, Hedon B, Arnal F, et al. *Therapeutic strategies in tubal infertility with distal pathology. Hum Reprod* 1991; 6: 1439-1442.
5. Lavy G, Diamond MP, DeCherney AH. *Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery. Fertil Steril* 1987; 47: 543-556.
6. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, et al. *Hydrosalpinx and IVF outcome: a prospective, randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. Hum Reprod* 1999; 14: 2762-2769.
7. Strandell A, Sjogren A, Bentin-Ley, et al. *Hydrosalpinx fluid does not adversely affect the normal development of human embryos and implantation in vitro. Hum Reprod* 1998; 13: 2921-2925.
8. Murray CA, Clarke HJ, Tulandi T, et al. *Inhibitory effect of human hydrosalpingeal fluid on mouse preimplantation embryonic development is significantly reduced by the addition of lactate. Hum Reprod* 1997; 12: 2504-2507.
9. Lessey BA, Castelbaum AJ, Sawin SW, Sun J. *Integrins as markers of uterine receptivity in women with primary unexplained infertility. Fertil Steril* 1995; 65: 535-542.
10. Meyer WR, Castelbaum AJ, Somkuti S, et al. *Hydrosalpinges adversely affect markers of endometrial receptivity. Hum Reprod* 1997; 12: 1393-1398.
11. Seli E, Kayisli UA, Bukulmez O, et al. *Removal of hydrosalpinges increases the*

leukemia inhibitory factor (LIF) levels in human endometrium at the time of implantation window. In: Annual Meeting of the Society for Gynecologic Investigation; 2002; Los Angeles, 3/20/03-3/22/03; Elsevier; 9: p250A.

12.Mansour RT, Aboulghar MA, Serour GI, Riad R. Fluid accumulation of the uterine cavity before embryo transfer: a possible hindrance for implantation. J In Vitro Fertil Embryo Transfer 1991; 8: 157-159.

13.Camus E, Poncelet C, Goffinet, et al. Pregnancy rates after in-vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. Eur Soc Hum Reprod Embryol 1999; 14: 1243-1249.

14.Zeyneloglu HB, Arici A, Olive DL. Adverse affects of hydrosalpinx on pregnancy rates after in vitro fertilization-embryo transfer. Fertil Steril 1998; 70: 492-499.

15.Mage G, Bruhat MA, Bennis S et al. Score d'operatilité tubaire. In Société Francaise de Gynecologie. La Part de l'homme et La Part de femme dans la stérilité du Couple. 1987; pp. 93-96; Paris. Editions Masson.

Bài viết đã đăng trên Thời sự Y dược tháng 04-2005