

ĐẶT VẤN ĐỀ

Soi buồng tử cung là phương pháp sử dụng ống soi đưa qua cổ tử cung vào buồng tử cung để quan sát trực tiếp toàn bộ buồng tử cung, chẩn đoán và xử trí các tổn thương trong buồng tử cung. Pantaleoni là người đầu tiên sử dụng thành công phương pháp soi buồng tử cung vào năm 1869 khi ông áp dụng phương pháp này trên một phụ nữ 60 tuổi bị ra máu âm đạo khi mãn kinh. Pantaleoni cũng là người đầu tiên phẫu thuật trong buồng tử cung qua soi buồng tử cung.

Soi buồng tử cung có thể trực tiếp quan sát được niêm mạc tử cung, xác định được các tổn thương trong buồng tử cung như dính, vách ngăn, polyp, u xơ... chẩn đoán sớm các tổn thương ung thư và tiền ung thư niêm mạc tử cung. Hơn nữa qua soi buồng tử cung can thiệp có thể xử trí nhiều tổn thương bằng phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật soi buồng tử cung can thiệp có nhiều ưu điểm: bảo tồn được tử cung, không có sẹo mổ ở bụng như các phương pháp phẫu thuật cổ điển qua đường bụng, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sau mổ nhanh.

Tại Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản Trung ương thực hiện ca soi buồng tử cung đầu tiên với máy soi của hãng K.Storz vào năm 1998. Cho đến nay soi buồng tử cung được sử dụng rộng rãi tại các bệnh viện phụ sản lớn trong nước: Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng... ngoài soi buồng tử cung trong chẩn đoán và điều trị vô sinh; thì chỉ định soi BTC điều trị polyp BTC ngày càng mở rộng, cả bóc- cắt nhân xơ TC dưới NMTC.

Polyp NMTC có thể thoái triển tự nhiên hoặc giảm đi khi điều trị nội khoa, nhưng điều trị ngoại khoa mới là cách điều trị triệt để. Nong và nạo lòng tử cung chỉ lấy được 8% polyp NMTC. Khi kết hợp với kẹp hình tim gấp polyp cũng chỉ tăng thêm 41% polyp NMTC. Nói chung, nong và nạo BTC bỏ sót đến 50% polyp NMTC, vì vậy không sử dụng phương pháp này nếu cơ sở y tế đó có sẵn soi buồng tử cung. Soi buồng tử cung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

polyp NMTC. Soi BTC cũng giúp dễ dàng đánh giá kích thước, số lượng và đặc tính mạch máu của polyp NMTC. Trước khi soi BTC được sử dụng phổ biến, người ta thường nong và nạo mù để chẩn đoán polyp NMTC. Tuy nhiên kỹ thuật này làm polyp vỡ vụn nên chẩn đoán giải phẫu bệnh khó hơn và kỹ thuật này cũng có độ nhạy kém 8%- 46% và NPV 7% - 58% để lấy mẫu polyp NMTC so với soi BTC cắt polyp.

Tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang nay là BV Sản Nhi Bắc Ninh số 1 thì từ năm 2019 đã thực hiện **phẫu thuật soi Buồng tử cung nhằm chẩn đoán, xử trí các tổn thương như Polyp buồng tử cung, dính buồng tử cung... nhưng chủ yếu là phẫu thuật soi BTC cắt Polyp BTC**. Và chưa có một công trình nào tổng hợp, đánh giá giá trị chẩn đoán cũng như hiệu quả của kỹ thuật này trong chẩn đoán và xử trí các tổn thương buồng tử cung, đánh giá các hậu quả, biến chứng của các tổn thương (gây vô sinh, rong kinh, rong huyết...), các tai biến, biến chứng của kỹ thuật.

Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả phẫu thuật soi buồng tử cung điều trị Polyp buồng tử cung tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1”** với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân được phẫu thuật soi buồng tử cung điều trị Polyp buồng tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 từ 2019-2025.*

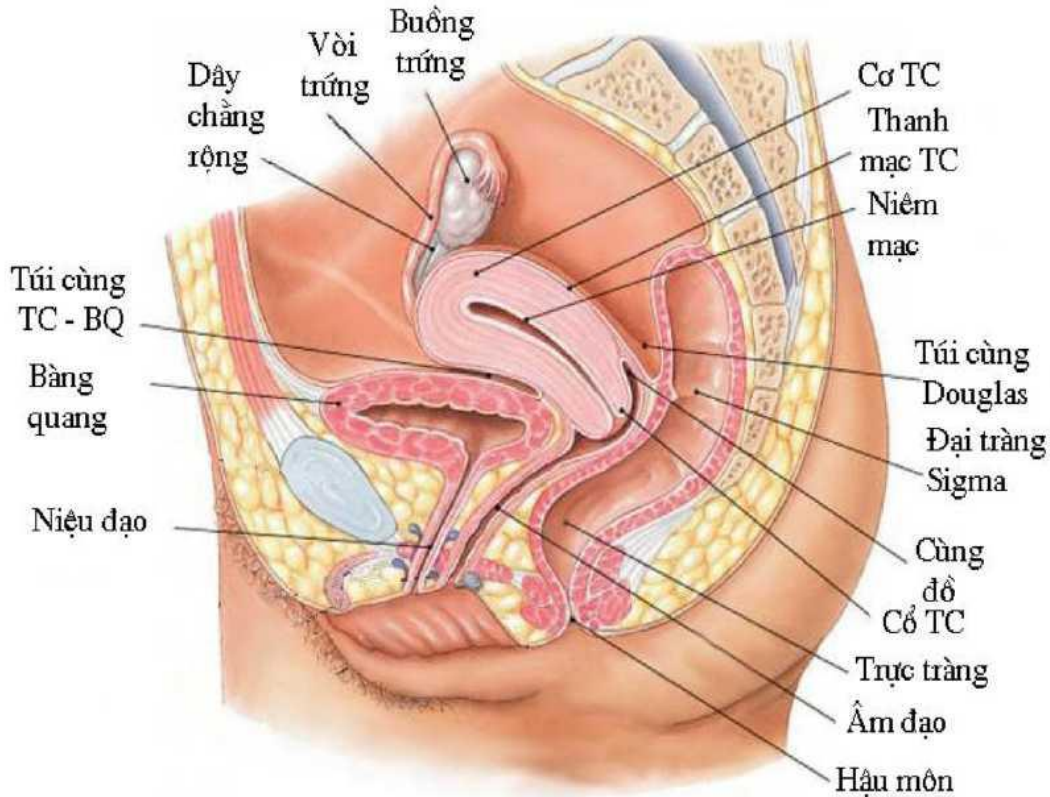
2. *Nhận xét kết quả và một số yếu tố ảnh hưởng tới phẫu thuật soi buồng tử cung điều trị Polyp buồng tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 từ 2019-2025.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu tử cung

Tử cung nằm trong chậu hông, phía sau bàng quang, trước trực tràng, dưới các quai ruột non và đại tràng sigma, nối tiếp âm đạo (hình 1.1).

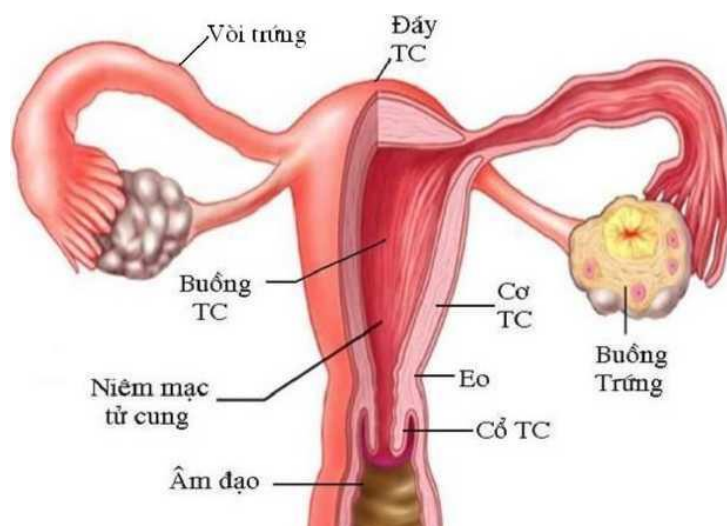


Hình 1.1. Khung chậu cắt đứng dọc giữa

(Theo Walter Hartwing (2007), Fundamental Anatomy, 2nd Edition, Lippincott Williams and Wilkins, P.301- 2) [5]

Tử cung hình nón cụt hơi dẹt trước sau, đỉnh quay xuống dưới có thân hình thang, kích thước trung bình 4 x 4,5cm, cổ tử cung có kích thước trung bình 2,5 x 2,5cm và phần thắt lại ở giữa thân và cổ gọi là eo dài trung bình 0,5cm (6).

Lòng tử cung là một khoang dẹt theo chiều trước sau và thắt lại ở chỗ eo tử cung chia thành hai buồng: buồng nhỏ ở dưới nằm trong CTC gọi là ống CTC và buồng to gọi là buồng tử cung (BTC) có hình tam giác mà ba cạnh lõm về phía hình tam giác. Hai thành trước và sau của buồng tử cung áp sát vào nhau, chiều sâu trung bình từ lỗ CTC tới đáy BTC khoảng 7cm (6).



Hình 1.2. Cấu tạo tử cung

Theo Walter Hartwing (2007)(2)

Tử cung được cấu tạo từ ngoài vào trong gồm:

- Lớp thanh mạc còn gọi là lớp phúc mạc.
- Lớp cơ khác nhau ở phần thân và phần CTC.

+ Ở phần thân tử cung có ba lớp cơ: lớp ngoài gồm các thớ cơ dọc, lớp giữa gồm các thớ cơ đan chéo nhau quấn lấy các mạch máu, lớp trong cùng chủ yếu gồm các thớ cơ vòng.

+ Ở phần CTC cơ mỏng hơn nhiều và không có lớp cơ rồi chỉ có một lớp cơ vòng kẹp giữa hai lớp cơ dọc.

- Lớp niêm mạc là lớp trong cùng, mỏng và dính vào lớp cơ. NMTC dày mỏng theo chu kỳ kinh nguyệt hàng tháng và khi bong ra thì gây ra hiện tượng kinh nguyệt.

1.2. Thay đổi niêm mạc tử cung

- Trước tuổi dậy thì. Niêm mạc thân tử cung có cấu trúc đơn giản gồm biểu mô và lớp đệm. Lớp đệm được cấu tạo bởi những tế bào liên kết hình sao hay hình thoi và ít sợi liên kết, không có sợi chun, chứa những tuyến ngấn (tuyến giả) không hoạt động do biểu mô lõm xuống tạo ra. Trong thời kỳ này, niêm mạc thân tử cung không có những biến đổi về cấu tạo mang tính chất chu kỳ(3).

- Giai đoạn hoạt động sinh sản. Dưới tác dụng của estrogen và progesteron, niêm mạc tử cung biến đổi chia làm ba thời kỳ:

+ *Thời kỳ hành kinh*

Dài 3- 4 ngày, khi sắp hành kinh, lớp nông của niêm mạc tử cung có nhiều vùng xung huyết. Các mạch máu xoắn cực độ và vỡ ra tạo nên các đám xuất huyết. Biểu mô bao phủ niêm mạc, biểu mô các tuyến, mô liên kết của các lớp đệm bị thoái hoá, hoại tử và đốt ngọt bong ra, đó là sự hành kinh(3).

+ *Thời kỳ sau kinh*

Dài 10 ngày, từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt. Trong thời kỳ này niêm mạc tử cung khôi phục lại cấu tạo và ngày càng dày thêm do sự tăng sinh của các tế bào đáy tuyến và tế bào liên kết còn sót lại (3). Biểu mô phủ niêm mạc được tái tạo. Lúc mới bắt đầu (từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 8) tế bào biểu mô có hình khối vuông, sau đó trở thành hình trụ và đa số có lông. Những tuyến phát triển, mới đầu chúng là những ống ngắn và hẹp. Tới ngày thứ 10, chúng dần dần dài ra, trở thành những ống thẳng nằm hơi xa nhau, rồi hơi cong queo, tiến lại gần nhau.

Từ ngày 14 của chu kỳ niêm mạc tử cung dày tới 12 mm(3).

+ *Thời kỳ trước kinh*

Còn gọi là thời kỳ hoàng thể hay thời kỳ progesteron.

Niêm mạc tử cung tiếp tục dày lên thêm, những biến đổi cấu trúc nội mạc tử cung trong thời kỳ này gồm 4 hiện tượng chính:

- Sự xung huyết rồi xuất huyết: các mao mạch trong lớp đệm trương to, giãn ra, do đó lớp đệm bị phù. Tới cuối kỳ này, niêm mạc tử cung ứ máu đen cực độ do các động mạch xoắn lại và có những đám xuất huyết nhỏ.

- Số lượng các tế bào có lông giảm dần ở biểu mô phủ niêm mạc.

- Sự phát triển và hoạt động của các tuyến ngày càng mạnh, những tuyến tử cung ngày càng dài ra, khúc khuỷu, lòng tuyến ngày càng rộng và chứa nhiều chất tiết.

- Sự trương lên của các tế bào liên kết: tới ngày 22 của chu kỳ kinh nguyệt, những tế bào liên kết ở lớp chức năng do tích trữ nhiều chất dinh dưỡng trở thành những tế bào hình cầu hay hình đa diện, nằm sát nhau và có xu hướng biến thành tế bào rụng(3).

- Giai đoạn mãn kinh. Niêm mạc tử cung teo đi, mỏng luôn dưới 4mm (3). Số lượng các tuyến trong lớp đệm cũng giảm.

1.3. Soi buồng tử cung

1.3.1. Lịch sử soi buồng tử cung

Mỏ vịt là dụng cụ cổ nhất được sử dụng trong kỹ thuật nội soi sản khoa, nó được biết đến từ thời cổ Hy Lạp và được sử dụng nhiều hơn dưới thời trung cổ và những thế kỷ sau đó.

Vào năm 1853, Désormaux đã dùng thuật ngữ "ống nội soi" để đặt tên cho dụng cụ đầu tiên được dùng trong lĩnh vực y khoa. Ống nội soi là một ống khoét rỗng trên đó có một cái đèn và có ống thông hơi(12).

Năm 1879, trong lĩnh vực điều trị tiết niệu, Maximilien Nitze đã đặt cơ sở cho ngành nội soi hiện đại. Dụng cụ nội soi của ông được khép kín bằng một hệ thống thấu kính và nguồn sáng đặt từ một cực của ống nội soi và được dẫn vào trong thông qua một ống đựng nước. Năm 1898, Clado mới áp dụng kỹ thuật dùng điện để chiếu sáng vào dụng cụ của mình và công bố kỹ thuật điều trị quan trọng bằng nội soi buồng tử cung(12).

Năm 1907, Charles David đã áp dụng nguyên tắc Nitze vào nội soi buồng tử cung. Đèn có sợi đốt được đặt vào đầu trong bên kia của ống soi và được đóng chặt bằng một vít ngăn không cho máu chảy vào, nhờ đó người ta có thể quan sát được một cách rõ ràng(12).

Năm 1928, Gauss đã mở đầu một loạt các trường hợp nội soi buồng tử cung trong đó sử dụng nước để làm căng buồng tử cung.

Nhờ những cải tiến về dụng cụ quang học và chiếu sáng cũng như các chất trung gian làm căng buồng tử cung, kỹ thuật này đã có nhiều tiến bộ rõ rệt.

1.3.2. Giá trị của soi buồng tử cung

Theo Barbot, những trường hợp ra máu bất thường, chụp X quang bình thường có kết quả không hoàn toàn chính xác. Chụp X quang buồng tử cung sai trong 30-50% các trường hợp polype niêm mạc tử cung, u xơ dưới niêm mạc tử cung và quá sản niêm mạc tử cung(12).

Theo Fedele, soi buồng tử cung trên bệnh nhân ra máu có 87% tổn thương

buồng tử cung (15). Soi buồng tử cung xác định chính xác vị trí tổn thương mà khi nạo hoặc chụp X quang có thể bị bỏ sót (17).

Tại Việt Nam, Bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh bắt đầu ứng dụng kỹ thuật nội soi từ năm 1993. Bệnh viện Phụ sản Trung ương thực hiện soi buồng tử cung với máy soi của hãng K.Storz vào năm 1998. Kỹ thuật này tuy ban đầu chưa thể áp dụng rộng rãi ở các bệnh viện trên toàn quốc nhưng với sự trợ giúp của video camera đã giúp cho công tác đào tạo dễ dàng hơn, tăng sự an toàn trong can thiệp, nó được nhiều bác sĩ ưa chuộng và đòi hỏi của người bệnh ngày càng nhiều (18).

- Chỉ định và chống chỉ định của soi buồng tử cung

+ *Chỉ định*

* Theo các tác giả trong y văn nước ngoài, các chỉ định soi buồng tử cung chẩn đoán gồm (19):

- Để tìm hiểu nguyên nhân chảy máu bất thường của tử cung.
- Chẩn đoán dị dạng tử cung, dính buồng tử cung ở những phụ nữ vô sinh.
- Nghi ngờ u xơ dưới niêm mạc tử cung, polyp buồng tử cung.
- Chẩn đoán nguyên nhân sảy thai liên tiếp.
- Soi buồng tử cung khi làm thụ tinh trong ống nghiệm thất bại nhiều lần.

* Soi buồng tử cung kèm theo phẫu thuật nội soi gồm (20):

- U xơ dưới niêm mạc tử cung gây rong kinh, rong huyết hoặc vô sinh, u nằm hoàn toàn trong buồng tử cung hoặc đường kính lớn nhất của u nằm trong buồng tử cung, đường kính u xơ dưới 4 cm.

- Polyp xơ: thường gây rong kinh, đót và cắt bằng vòng điện.

- Quá sản niêm mạc tử cung: cắt bỏ niêm mạc tử cung khi điều trị nội khoa thất bại và tử cung không quá to.

- Vách ngăn tử cung gây ra sảy thai liên tiếp, đẻ non, thai chết lưu.

- Dính buồng tử cung.

- Rong kinh mà điều trị nội khoa không kết quả.

+ *Chống chỉ định soi buồng tử cung:*

- Có thai

- Viêm âm đạo, CTC: điều trị viêm trước khi làm thủ thuật.
- Toan chuyển hoá.
- Bệnh tim phổi.
- Chảy máu nặng ở tử cung (gây cản trở việc quan sát buồng tử cung).
- Bệnh ác tính ở CTC đang tiến triển.
- Tử cung to khi đo buồng tử cung > 10cm

1.4. Polyp BTC

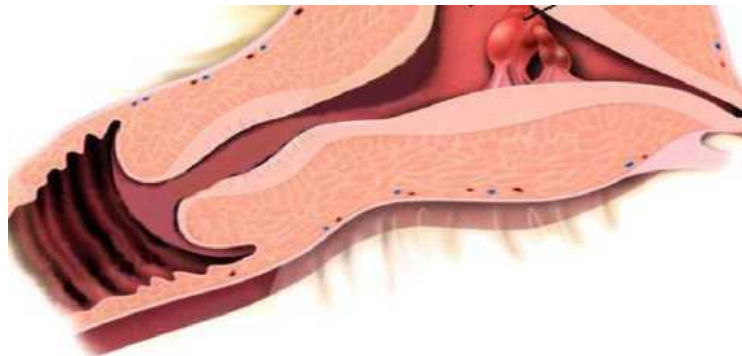
1.4.1. Chẩn đoán

Là khối u lành tính của BTC, polyp niêm mạc tử cung được hình thành do sự tăng sinh khu trú của NMTC dưới tác động của estrogen. Nó gồm các tuyến và tổ chức đệm xung quanh trực mạch là một hay nhiều động mạch xoắn.

Polyp niêm mạc tử cung có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tỉ lệ cao nhất ở giữa 40 và 50 tuổi, tăng dần tỉ lệ ở trước tuổi 50 và hạ dần ở sau tuổi 50(23). Tần suất gặp polyp NMTC khoảng 6% trong tổng số những BN có nạo sinh thiết và phẫu thuật cắt tử cung.

Đặc điểm của polyp NMTC rất đa dạng, có hình tròn đều đặn hoặc bầu dục, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến khối to chiếm toàn bộ BTC. Có thể làm giãn BTC và đôi khi chui qua ống CTC xuống âm đạo, polype có thể có cuống hoặc không có cuống (khi chân bám rộng), polyp có thể đơn độc hoặc kết hợp với một số bệnh khác như: UXTC, quá sản NMTC, ung thư biểu mô tuyến.

Lâm sàng: 6-8% không có triệu chứng lâm sàng, chỉ chẩn đoán tình cờ khi khám phụ khoa định kì; rong kinh, rong huyết là triệu chứng hay gặp nhất, đặc biệt ở những polype to, nếu polype hoại tử có thể gặp đau và tăng tiết dịch (10).



Hình 1.4. Hình ảnh Polyp nội mạc tử cung (Theo Walter Hartwing (2007) (3)

Ở lớp niêm mạc có thể thấy các dạng polyp sau:

+ Polyp tuyến cơ và dạng tuyến cơ có cuống, gặp 1,3% polyp niêm mạc tử cung có đám màu đỏ, nhiều thùy bề mặt không đều.

+ Polyp xơ: hay gặp, khởi phát từ một u xơ dưới niêm mạc và hình thành cuống lồi vào buồng tử cung.

+ Polyp rau thai là tổ chức rau còn sót lại ở lần mang thai gần đây, dính vào thành tử cung phát triển lên, tổ chức rau tồn tại sau vài tuần bắt đầu lắng đọng fibrin, hình thành khối xơ có cuống hoặc không có cuống, chiếm một phần hoặc toàn bộ buồng tử cung.

- Siêu âm 2D ngả âm đạo: Polyp nội mạc tử cung thường biểu hiện là khối phản âm dày, bờ đều chiếm một phần hoặc trọn BTC. Đôi khi có thể có các phản âm trống bên trong polyp. Nên siêu âm ở nửa đầu chu kỳ kinh, lúc đó nội mạc tử cung mỏng sẽ giúp phát hiện polyp NMTC dễ hơn. Trong một nghiên cứu cỡ mẫu lớn, với 793 phụ nữ cho thấy độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 94%, giá trị dự đoán dương (PPV: positive predictive value) 91% và giá trị dự đoán âm (NPV: negative predictive value) 90%. Ngoài ra siêu âm Doppler 2D ngả âm đạo cho phép phát hiện mạch máu đơn hiện diện trong polyp NMTC. Hình ảnh này làm tăng độ nhạy từ 91% lên 97%.

- Siêu âm 3D ngả âm đạo: So với siêu âm 2D, siêu âm 3D ngả âm đạo có Doppler giúp đo thể tích NMTC cũng như tính các chỉ số mạch máu NMTC và dưới NMTC [64]. Một số nghiên cứu cho thấy khi kết hợp phản âm của NMTC, bề dày và thể tích NMTC, siêu âm 3D ngả âm đạo có khả năng chẩn đoán polyp NMTC tốt hơn siêu âm 2D.

- Siêu âm bơm nước lòng tử cung (SIS: Saline Infusion Sonography): Ngoài đặc tính của chất cản âm (nước muối hay gel) làm tăng độ chính xác của siêu âm 2D, 3D ngả âm đạo. Siêu âm bơm nước lòng tử cung còn có ưu điểm là đánh giá bất thường BTC như u xơ hay dính và dị dạng BTC. Nhược điểm của SIS là phải đào tạo người siêu âm tương đối lâu và BN khó chịu do bơm dịch làm căng BTC cũng như nguy cơ nhiễm trùng. Một phân tích gộp của 20

ngiên cứu của Seshadri và cộng sự năm 2015 so sánh giữa SIS và soi BTC để phát hiện toàn bộ bất thường BTC lần lượt là 88% và 94% . Tựu trung, phần lớn nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa SIS và soi BTC trong chẩn đoán polyp NMTC. Nghiên cứu năm 2015 của El Sherbiny so sánh SIS 2D và SIS 3D trong chẩn đoán tổn thương lòng tử cung cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV của SIS 2D là 71,2%, 94,1%, 90,2% và 81,0%, độ chính xác toàn bộ là 84,2%. Độ nhạy, độ chuyên, PPV, NPV của SIS 3D là 94,2%, 98,5%, 98,0%, 95,7%, độ chính xác toàn bộ là 96,7%. Các tác giả kết luận SIS 3D tốt hơn SIS 2D và tương đương soi BTC trong chẩn đoán bất thường BTC.

- Chụp tử cung – vòi trứng có cản quang (HSG: Hysterosalpingography): HSG là thủ thuật bơm chất cản quang, sau đó chụp X-quang để quan sát kênh, lòng tử cung và 2 vòi trứng. HSG có độ nhạy cao (98%) nhưng độ đặc hiệu thấp (34,6%) và PPV (28,6%) khi so với soi BTC trong chẩn đoán polyp nội mạc tử cung.

- Soi buồng tử cung: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán polyp NMTC. Soi BTC cũng giúp dễ dàng đánh giá kích thước, số lượng và đặc tính mạch máu của polyp NMTC. Trước khi soi BTC được sử dụng phổ biến, người ta thường nong và nạo mù để chẩn đoán polyp NMTC. Tuy nhiên kỹ thuật này làm polyp vỡ vụn nên chẩn đoán giải phẫu bệnh khó hơn và kỹ thuật này cũng có độ nhạy kém 8%- 46% và NPV 7% - 58% để lấy mẫu polyp NMTC so với soi BTC cắt polyp.

1.4.2. Điều trị

- Theo dõi: Diễn biến tự nhiên của polyp nội mạc tử cung chưa được hiểu rõ. Theo dõi phù hợp đối với polyp NMTC không triệu chứng ở người phụ nữ tiền mãn kinh do phần lớn polyp NMTC lành tính. Có đến 25% polyp nhỏ (<10 mm) sẽ thoái triển tự nhiên.

- Điều trị nội khoa: Nội khoa có vai trò hạn chế trong xử trí polyp nội mạc tử cung. Các GnRH đồng vận cũng được sử dụng trước khi soi BTC cắt polyp

NMTC. Tuy nhiên có ít dữ liệu ủng hộ điều trị nội khoa là bước lựa chọn đầu tiên trong xử lý polyp NMTC.

- Điều trị ngoại khoa: Polyp NMTC có thể thoái triển tự nhiên hoặc giảm đi khi điều trị nội khoa, nhưng điều trị ngoại khoa mới là cách điều trị triệt để.

+ Nong và nạo lòng tử cung chỉ lấy được 8% polyp NMTC. Khi kết hợp với kẹp hình tim gấp polyp cũng chỉ tăng thêm 41% polyp NMTC. Nói chung, nong và nạo BTC bỏ sót đến 50% polyp NMTC, vì vậy không sử dụng phương pháp này nếu cơ sở y tế đó có sẵn soi buồng tử cung.

+ Soi buồng tử cung cắt polyp NMTC là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị polyp NMTC. Hiện có một số loại dụng cụ soi BTC cắt đốt như monopolar, bipolar, kéo hay gấp nhỏ và máy bào mô qua soi buồng tử cung. Trong các loại này, monopolar thường dùng và chi phí thấp hơn. Có nghiên cứu so sánh cho thấy monopolar tốt hơn đối với polyp NMTC không ở đáy và kích thước > 20 mm, còn bipolar thì ngược lại. Một nghiên cứu với 121 BN được dùng máy bào mô qua soi BTC bào polyp NMTC sạch hơn so với soi BTC cắt bằng điện. Nguy cơ dính BTC thấp nếu cắt polyp NMTC bao gồm nhiễm trùng, thủng tử cung, chảy máu, quá tải tuần hoàn hoặc biến chứng của gây mê.

1.4.3. Polyp BTC và vô sinh

Cơ chế giả định cho rằng polyp nội mạc tử cung tác dụng tiêu cực lên sinh sản có thể liên quan đến cơ học như cản trở vận chuyển tinh trùng hay chiếm mất không gian cho phôi làm tổ. Các tuyến và mô đệm trong các polyp NMTC không đáp ứng với kích thích của progesterone dẫn đến khiếm khuyết làm tổ tại vị trí polyp nội mạc tử cung. Polyp NMTC cũng có thể gây những thay đổi phản ứng viêm tại chỗ, làm cản trở làm tổ và phát triển bình thường của phôi. Những thay đổi phản ứng viêm này được hoạt hóa trung gian bởi gia tăng số lượng tế bào mast cell trong BTC, cũng như gia tăng mức độ matrix metalloproteinase-2 và metalloproteinase-9. Polyp NMTC cũng có thể tạo ra glycodelin, một glycoprotein có khả năng ức chế hoạt tính giết tế bào tự nhiên (natural killer cell activity), làm cho NMTC khó phù hợp để phôi làm tổ. Cũng có giả thuyết cho

rằng polyp NMTC làm giảm mức độ RNA thông tin của HOXA10 và HOXA11, là các marker phân tử của sự tương thích của TC.

Các nghiên cứu quan sát trước đây cho thấy rằng cắt polyp NMTC có thể cải thiện tỉ lệ có thai tự nhiên, đặc biệt ở BN vô sinh không rõ nguyên nhân.

Có nghiên cứu cho thấy cải thiện tỉ lệ thụ thai sau cắt polyp NMTC ở bệnh nhân IUI. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên tiền cứu của Perez Medina (2005) gồm 215 bệnh nhân được cắt polyp NMTC trước IUI, tỉ lệ có thai tăng lên 51,4% so với 25,4% ở bệnh nhân không cắt polyp NMTC. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự ở 2 nhóm là 40,7% và 22,3%. Soi BTC cắt polyp NMTC (trung bình 16 mm) trước IUI ở bệnh nhân vô sinh không rõ nguyên nhân cho thấy tăng tỉ số chênh có thai lâm sàng (OR 4,4; 95% CI 2,5-8,0) trong ít nhất 2 năm so với nhóm chỉ soi BTC chẩn đoán hoặc chỉ sinh thiết polyp NMTC.

Các bằng chứng hiện tại ủng hộ việc cắt polyp NMTC trước khi bắt đầu các chu kỳ IVF. Khoảng cách từ lúc soi BTC cắt polyp NMTC đến lúc chuyển phôi không ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của các chu kỳ IVF. Tuy nhiên, việc xử trí các polyp NMTC mới xuất hiện trong lúc kích thích buồng trứng (COH) hiện còn đang tranh cãi.

1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ SOI BUỒNG TỬ CUNG

1.5.1. Trên thế giới

- Năm 2005 T. Pérez-Medina nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên với 215 bệnh nhân hiếm muộn, được chẩn đoán polyp NMTC bằng siêu âm và được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu được nội soi cắt polyp còn nhóm chứng được nội soi chẩn đoán và sinh thiết polyp. Cả 2 nhóm sau đó được làm IUI. Kết quả: tỉ lệ có thai ở nhóm cắt polyp là 64/107 BN cao hơn ở nhóm chứng là 29/108 bệnh nhân với tỉ số chênh là 2.1 (95% CI:1.5 –2.9).

- Năm 2006, Rama Raju tiến hành nghiên cứu RCT với 520 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm I không thực hiện nội soi BTC (n=265), nhóm IIa với nội soi BTC bình thường (n=160, 63%) và nhóm IIb với nội soi BTC bất

thường (n=97, 38%), bao gồm: polyp NMTC (n=34), hẹp CTC (n=30), tăng sản NMTC (n=12), dính BTC (n=12), vách ngăn tử cung (n=8) và UXTC (n=1). Tất cả các bất thường BTC được xử lý lúc nội soi BTC. Tỷ lệ thai lâm sàng của nhóm I, IIa, IIb lần lượt là 26%, 44% và 40% ($P < 0.05$). Tác giả kết luận rằng nên thực hiện nội soi BTC thường qui trên sau chu kỳ IVF thất bại.

- Năm 2010, Fatemi tiến hành nghiên cứu với 678 bệnh nhân hiếm muộn không triệu chứng được nội soi BTC trước khi làm IVF hoặc ICSI thấy rằng: tỷ lệ phát hiện polyp NMTC là 6%, UXTC dưới niêm là 1%, dính BTC là 2% và vách ngăn tử cung là 2%. Tổng cộng các bất thường BTC là 11%.

- H. E. Shawki năm 2012 tiến hành nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên với 110 bệnh nhân làm ICSI nhưng không làm nội soi BTC (nhóm I) và 105 bệnh nhân làm ICSI sau khi đã được nội soi BTC (nhóm II, với nhóm IIa: ICSI với BTC bình thường và nhóm IIb: ICSI với BTC bất thường). Kết quả: tỷ lệ có thai ở 3 nhóm lần lượt là: 27.2%, 35.7% và 42.8% ($P < 0.05$).

1.5.2. Trong nước

- Đặng Thị Minh Nguyệt (2006) với nghiên cứu “soi BTC để chẩn đoán các bất thường trong BTC” đã tiến hành nghiên cứu trên 225 bệnh nhân thấy soi BTC có thể phát hiện được tổn thương (10%) mà chụp XQ BTC không phát hiện được và không cần chụp XQ BTC khi có chỉ định soi BTC ở bệnh nhân có ra máu bất thường. Soi BTC cũng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dính và vách ngăn TC. Phương pháp này có ít biến chứng và không nguy hiểm.

- Nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện: “Tình hình soi buồng tử cung ở các bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008”. Hình ảnh BTC không bình thường trên phim X quang TC-VT (64,8%). BTC bình thường (71,3%). Dính BTC (15%). Polyp BTC (9,8%). Vách ngăn BTC (2,6%). U xơ tử cung dưới niêm mạc (0,7%). Dị dạng tử cung (0,6%) [3].

- Tác giả Đỗ Thị Thu Hiền năm 2009 tiến hành “Nghiên cứu đối chiếu hình ảnh X- quang, siêu âm với soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương”. Nghiên cứu 300 bệnh nhân, có 248 BTC được chụp XQ BTC trong đó 27

bệnh nhân dính BTC (10.9%). 300 BN soi BTC có 8 trường hợp teo NM tử cung (2.7%). 39 trường hợp dính BTC (13%) và phẫu thuật tách dính BTC (13%) [5].

- Năm 2013, Nguyễn Thị Minh Thuyết nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương đề tài: “Nghiên cứu kết quả của soi buồng tử cung trong chẩn đoán và xử trí một số tổn thương trong điều trị vô sinh”. Soi BTC: dính BTC có 85 trường hợp chiếm 34 % có 75 trường hợp (88.3 %) nội soi cắt dính BTC và gỡ dính bằng thìa hoặc nong BTC (11.7%); 8 % polyp NMTC trong đó : nạo bằng thìa (55%), cắt polyp bằng dụng cụ nội soi (45%); 3.6 % vách ngăn BTC được cắt qua soi BTC [13].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu các bệnh nhân có Polyp buồng tử cung được chỉ định phẫu thuật soi BTC tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 từ tháng 9 năm 2019- 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

Tất cả hồ sơ trong diện nghiên cứu phải thoả mãn các điều kiện sau:

- Hồ sơ bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2025.
- Có chỉ định soi BTC điều trị Polyp buồng tử cung.
- Các hồ sơ bệnh án phải chẩn đoán Polyp qua chụp tử cung - vòi trứng có cản quang, hoặc siêu âm buồng tử cung, SIS...
- Bệnh nhân được PT soi BTC có đầy đủ thông tin.
- Sau can thiệp BN được đánh giá qua sơ lược phẫu thuật cắt polyp thành công, kiểm tra lại bằng chụp TCVT hoặc siêu âm ít nhất là 1 lần, hoặc có thai sau điều trị hoặc không còn các biểu hiện bất thường trước PT (rong kinh, rong huyết, vô sinh...) để đánh giá hiệu quả điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những hồ sơ bệnh nhân không có đủ những dữ liệu nghiên cứu.
- Những bệnh nhân được nội soi chẩn đoán hoặc can thiệp BTC tại các bệnh viện, trung tâm khác.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy cỡ mẫu thuận tiện không xác suất, bao gồm tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật soi buồng tử cung từ tháng 9/2019 – 12/2025.

2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

- Nghiên cứu các hồ sơ bệnh án, các thông tin trên phiếu điều tra.

- Thu thập các dữ liệu về đặc điểm của bệnh nhân và kết quả nội soi dựa trên hồ sơ nghiên cứu, phiếu điều tra, hồ sơ tái khám và gọi điện thoại.

2.2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 .
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 12 năm 2025.

2.2.5. Quy trình kỹ thuật thực hiện nội soi buồng tử cung

- Các phương tiện dùng cho nghiên cứu:

Chúng tôi sử dụng Phiếu điều tra (Phụ lục 2) với các thông tin thu thập từ hồ sơ và gọi điện phỏng vấn để bổ sung những thông tin còn thiếu và theo dõi xác định tình trạng có thai của BN sau khi điều trị vô sinh.

- Thời điểm chỉ định soi buồng tử cung: Soi buồng tử cung thích hợp là giai đoạn trước phóng noãn. Người bệnh có vòng kinh đều nên soi ở khoảng giữa ngày thứ 7 - ngày thứ 12 của vòng kinh. NMTC ở nửa đầu vòng kinh chưa dày nên quan sát buồng tử cung được dễ dàng.

- Chỉ định soi buồng tử cung: Cát polyp nội mạc tử cung. Quy trình kỹ thuật nội soi BTC của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 (Phụ lục 1)

2.3. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi: phân ra các mức tuổi: < 20; 20-24; 25-29; 30-34; >35
- Địa dư;
- Nghề nghiệp;
- Trình độ học vấn;

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

- Tiền sử sản khoa: Số lần có thai, Số con, Số lần đẻ, Số lần sảy-ạo-hút - thai lưu.

- Tiền sử phụ khoa: Can thiệp vào BTC vì bệnh lý, Phẫu thuật ở TC

- Hình ảnh buồng tử cung khi chụp tử cung – vòi tử cung: BTC bình thường, BTC biến dạng, BTC có hình khuyết, BTC dị dạng, BTC ngấm thuốc không đều, Không đánh giá được tử cung

- Độ dày niêm mạc tử cung trên siêu âm tử cung: < 4mm; 4-8mm; > 8mm
 - Hình ảnh siêu âm bơm nước BTC: Bình thường; Polyp BTC, UXTC, NM dày, NM mỏng, NM không đều, dị dạng tử cung
 - Hình ảnh buồng tử cung khi soi: Bình thường, Dính BTC, Polyp BTC, U xơ tử cung dưới niêm mạc, Vách ngăn BTC, Tử cung dị dạng,
 - Hình ảnh cổ tử cung khi soi buồng tử cung: Bình thường /Bất thường
 - Đặc điểm polyp BTC khi soi:
 - + Kích thước: < 10mm; 10 - 20 mm; >20 mm
 - + Vị trí: Mặt trước; Thành bên; Mặt sau; Lỗ vòi TC; Nhiều vị trí
 - Đặc điểm dính BTC khi soi: Mức độ dính (Nhẹ / Vừa / Nặng)
 - + Vị trí dính : Thân TC; Eo –cổ TC; Eo- cổ + Thân; BTC
 - Xử trí khi soi buồng tử cung: Không can thiệp, Cắt polyp, Tách dính, Bóc nhân xơ dưới niêm mạc, Sinh thiết, Nạo buồng tử cung
 - Can thiệp polyp BTC: Xử trí bằng thìa nạo BTC, Xử trí bằng thìa và dụng cụ nội soi, Xử trí bằng dụng cụ nội soi
 - Các tai biến khi soi buồng tử cung: Không tai biến; Thủng tử cung; Chảy máu; Nhiễm khuẩn; Rách CTC; Khác (Choáng phản vệ...)
 - Kết quả mô bệnh học: Bình thường; Viêm niêm mạc tử cung; Polyp niêm mạc tử cung; U xơ tử cung; Quá sản niêm mạc tử cung.
 - Ngăn ngừa tái dính BTC sau phẫu thuật: Không dùng gì; Nội tiết đơn thuần; Nội tiết + Đặt dụng cụ tử cung chống dính
- Đánh giá và theo dõi sau phẫu thuật nội soi BTC***
- Thời gian theo dõi: < 3 tháng; 3-6 tháng; 6-12 tháng; > 12 tháng
 - Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật: Ra máu bất thường, Rong huyết, Rong kinh, Thiếu kinh, vô kinh, Thống kinh
 - Hình ảnh BTC-VTC trên phim chụp sau mổ nội soi (phải có kinh trở lại sau 2-3 chu kỳ, sau sạch kinh 3-5 ngày cho chụp phim TC-VTC
 - + BTC bình thường/ BTC biến dạng/ BTC có hình khuyết/ BTC dị dạng/ BTC ngấm thuốc không đều/ Không đánh giá được tử cung

- Hình ảnh vòi tử cung khi chụp tử cung – vòi tử cung: Bình thường / Thông hạn chế/ Tắc 1 vòi/ Tắc 2 vòi.

- Kết quả có thai sau can thiệp.

2.5. CÁC TIÊU CHUẨN NGHIÊN CỨU

2.5.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán mô bệnh học

Chẩn đoán mô bệnh học các bệnh phẩm sinh thiết theo tiêu chuẩn phân loại của Bộ môn Mô phôi Trường đại học Y Hà Nội [2].

2.5.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh trên soi buồng tử cung

Các hình ảnh bệnh lý buồng tử cung trên soi buồng tử cung lấy theo tiêu chuẩn phân loại của Barbot và cộng sự trong EMC.

2.5.2.1. Hình ảnh bình thường

- Ống CTC: Ống CTC có những nếp hình quạt, mở ra những rãnh, tất cả được phủ bởi lớp TB tuyến mỏng, hồng, vây quanh là hệ mạch.

- BTC: NMTC ở thời kỳ hoạt động sinh dục. Hình thái của NMTC thay đổi theo CK kinh và tình trạng nội tiết của người phụ nữ. Soi BTC đánh giá được sự xung huyết, phân bố mao mạch, hình ảnh nhăn hay dày của NMTC.

- Lỗ vòi tử cung: Quan sát tốt nhất khi làm căng BTC khi hai sừng TC không ở sâu quá và NMTC không dày. Độ mở của lỗ phụ thuộc vào áp lực căng BTC. Khi lỗ hé mở, có thể nhìn thấy phần góc của lòng vòi tử cung. Một nếp nội mạc hình nhẫn hoặc bán nguyệt bao quanh lỗ vòi tử cung.

2.5.2.2. Các hình ảnh bệnh lý buồng tử cung

- Viêm nội mạc tử cung: NMTC có thể bị phá huỷ hoàn toàn, hiện tượng viêm sẽ lan tới cơ tử cung nhất là ở phụ nữ mãn kinh. NMTC xung huyết, phù nề đỏ sẫm có những điểm xuất huyết.

- U cơ nhẫn dưới NMTC: Đó là một khối tròn lồi vào trong buồng tử cung, nội mạc phủ thường là thiếu sản, sáng hơn nội mạc tử cung. Các mạch máu ở bề mặt có thể chảy máu, nhưng biến mất khi áp lực của môi trường tăng hoặc tiếp xúc với máy soi.

- Polyp nội mạc tử cung: Polyp cơ năng thường có kích thước nhỏ bởi vì nó tự phá bỏ một phần khi hành kinh. Cuống ngắn và thường khá mềm. Màu sắc và các mạch máu giống như là nội mạc ở xung quanh. Polyp thực thể có thể đạt tới kích thước lớn và cuống dài, bị ép giữa các thành của TC.

- Quá sản nội mạc tử cung

+ Quá sản đơn thuần: qua soi BTC thấy NMTC dày, có thể tới 20-30 mm bề mặt nhẵn và lấp lánh đôi khi mấp mô màu hồng nhạt các mạch máu NMTC dễ bị vụn ra khi tiếp xúc với ống soi, nói chung có thể nghi ngờ khi nhìn thấy hình ảnh nội mạc không tương ứng với thời điểm trong vòng kinh hoặc khi ấn đèn soi lên bề mặt nội mạc thì thấy có rãnh sâu $> 2\text{mm}$, chứng tỏ có quá sản.

+ Quá sản dạng polyp chẩn đoán dễ vì có đặc tính điển hình như nội mạc có dạng polyp, màu sắc, mật độ của các mạch máu biểu hiện một nội mạc tăng sinh kéo dài.

+ Quá sản tuyến nang: biểu hiện sự phát triển loạn sản của nội mạc. Các tuyến nang có dạng túi màu phớt xanh và trong suốt, chúng phủ dày bề mặt nội mạc.

- Dính BTC: Soi BTC sẽ cho chẩn đoán xác định, dính xuất hiện như một cái cột có độ dày khác nhau nối hai mặt BTC. Phần đáy rộng hơn ở giữa, hình ảnh giống như đụn cát, trục của dính có thể là trước hoặc sau màu sắc ánh trắng so với phần còn lại của cơ tử cung, nhưng các mạch máu tưới không rõ. Nếu dính nhiều và trải rộng sẽ thấy một loạt các cột có thể dính một phần vào nhau đôi khi tạo thành một mạng mà trong đó có các lỗ mở. Hình ảnh này không thể nhầm với đáy tử cung hay lỗ vòi tử cung.

- Vách ngăn buồng tử cung: Soi buồng tử cung xác định được mức độ của vách ngăn là hoàn toàn, một phần hoặc xác định độ dày của vách ngăn; mức độ thiếu sản tử cung; sự có mặt của các tổn thương phối hợp.

2.5.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh X quang buồng tử cung

Được phân loại theo tiêu chuẩn của Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh-Trường Đại học Y Hà Nội [1].

2.5.3.1. Hình ảnh bình thường

- Ống cổ tử cung, hình thoi hay quả ôliu, có bờ khía.
- Eo, phần thu hẹp, dài từ 10 đến 15 mm.
- BTC, hình tam giác khi nhìn thẳng, mỗi cạnh khoảng 5cm. Nhìn nghiêng, nó có hình quả lê và thường gấp về phía trước đối với ống CTC.

2.5.3.2. Các hình ảnh bệnh lý

- Các dị dạng bẩm sinh: sự tồn tại của vách giữa một phần hay hoàn toàn, của một hay hai BTC, của một hay hai CTC cho phép xếp thành các loại TC có vách hoàn toàn hoặc một phần, TC hai sừng hai cổ, hai sừng một cổ.
- Polyp nội mạc tử cung: chúng thường có dạng một hình khuyết tròn đều, có cuống và không ảnh hưởng đến buồng tử cung.
- Các u cơ nhẵn dưới nội mạc tử cung: không cuống hoặc có cuống, cho các hình khuyết đều, tròn trong buồng tử cung.
- Viêm NMTC: Bờ của BTC thì có gai và rải rác những hình khuyết nhỏ. Các tổn thương vòi tử cung thường phối hợp (tích dịch vòi tử cung).
- Quá sản NMTC: các đường bờ của BTC hình gợn sóng, hình răng cưa, thường lan toả. Trong các thể tiến triển, người ta thấy nhiều hình khuyết của bờ.
- Dính buồng tử cung: dính cho thấy các hình khuyết, dạng hình học, do các vùng dính nội mạc trước và sau, thứ phát sau nhiễm khuẩn, chấn thương.

2.6. THU THẬP SỐ LIỆU

- Xây dựng phiếu thu thập số liệu.
- Dựa vào hồ sơ bệnh án chọn ra các nội dung cần thiết và điền vào phiếu thu thập số liệu.

2.7. XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Các số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.
- Các thuật toán sử dụng là: phương pháp thống kê tỷ lệ phần trăm.
- Kiểm định bằng test χ^2 để xác định sự khác nhau có ý nghĩa hay không khi so sánh hai tỷ lệ với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

- Để so sánh các nhóm phân tầng khác nhau chúng tôi sử dụng tỷ suất chênh OR và khoảng tin cậy 95% cũng như giá trị p tương ứng để xác định ý nghĩa thống kê. Các giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.8. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định, nguyên tắc về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam. Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang.

- Nghiên cứu này phục vụ cho sức khoẻ cộng đồng chứ không ngoài mục đích nào khác.

- Những người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích về nghiên cứu, tự nguyện tham gia cung cấp thông tin cho nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân và số liệu y học được giữ theo nguyên tắc bí mật.

Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ %
<24		
25-29		
30-34		
>34		
Tổng		
$X \pm SD$		

Nhận xét:

3.1.2. Đặc điểm nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm xã hội học của bệnh nhân

Các đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Địa dư	Bắc Giang	
	Tỉnh khác	
Dân tộc	Kinh	
	Thiểu số	
Nghề nghiệp	Trí thức	
	Nông dân	
	Công nhân	
	Tự do	
Học vấn	THCS	
	PTTH	
	Cao đẳng	
	Đại học, sau ĐH	

Nhận xét:

3.1.3. Có kèm vô sinh

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân có kèm vô sinh

Có kèm vô sinh	n	Tỷ lệ (%)
Có		
Không		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.4. Tiền sử sản khoa

Bảng 3.4. Tiền sử sản phụ khoa của bệnh nhân

Tiền sử Sản phụ khoa	n	Tỷ lệ (%)
Đã đẻ		
Chưa đẻ		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.5. Tiền sử can thiệp buồng tử cung

Bảng 3.5. Tiền sử can thiệp buồng tử cung

Tiền sử can thiệp BTC	n	Tỷ lệ (%)
Đã can thiệp		
Chưa can thiệp		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.6. Loại tiền sử can thiệp buồng tử cung

Tiền sử can thiệp BTC	n	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai		
Nạo BTC		
Chưa can thiệp		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.6. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng		
Rong kinh		
Ra máu bất thường		
Không có biểu hiện		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.7. Hình ảnh tử cung trên phim chụp TC-VT có cản quang (HSG)

Bảng 3.8. Hình ảnh buồng tử cung trên phim chụp Xquang

Hình ảnh BTC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường		
Có khối rõ		
Không rõ		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.8. Hình ảnh buồng tử cung trên siêu âm

Độ dày niêm mạc tử cung qua siêu âm

Bảng 3.9. Đặc điểm độ dày niêm mạc tử cung trên siêu âm

Niêm mạc tử cung (mm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 4		
4-8		
> 8		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.10. Hình ảnh buồng tử cung trên siêu âm

Hình ảnh BTC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường		
Có khối rõ		
Không rõ		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.11. Siêu âm bơm nước buồng tử cung

Siêu âm bơm nước BTC	n	Tỷ lệ (%)
Có		
Không		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. KẾT QUẢ SOI BUỒNG TỬ CUNG

3.2.1. Đặc điểm polyp buồng tử cung

* *Kích thước polyp*

Bảng 3.12. Kích thước polyp

Kích thước khối polyp (mm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10 mm		
10-20 mm		
> 20 mm		
Tổng		

Nhận xét:

* *Vị trí của polyp*

Bảng 3.13. Vị trí Polyp

Vị trí	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mặt trước thân tử cung		
Mặt sau thân tử cung		
Thành bên tử cung		

Lỗ trong vòi tử cung		
Nhiều vị trí		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.2. Cách xử trí các tổn thương trong khi soi BTC

Bảng 3.14. Các cách xử trí khi soi BTC

Xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt polyp		
Nạo BTC		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.3. Kết quả mô bệnh học khi soi

Bảng 3.15. Đặc điểm mô bệnh học

Xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Polyp xơ		
Polyp tuyến		
Quá sản niêm mạc		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.4. Tai biến sau soi can thiệp buồng tử cung

Bảng 3.16. Các tai biến khi soi BTC

Xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu		
Nhiễm trùng BTC		
Thủng TC		
Tổng		

Nhận xét:

3.3. KẾT QUẢ SAU NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG

3.3.1. So sánh hiệu quả xử lý polyp BTC theo triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.17. Triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp

Triệu chứng	Trước PT	Sau PT
Đau bụng		
Rong kinh		
Ra máu bất thường		
Không có biểu hiện		
Tổng		

Nhận xét:

3.3.2. Đánh giá hiệu quả xử lý polyp BTC qua Siêu âm sau can thiệp

Bảng 3.18. KQ siêu âm BTC sau can thiệp polyp buồng tử cung

Hình ảnh BTC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường		
Có khối rõ		
Không rõ		
Tổng		

Nhận xét:

3.3.3. Kết quả có thai sau khi xử lý polyp BTC (BN có kèm Vô sinh)

Bảng 3.19. KQ có thai sau can thiệp polyp BTC/Bn vô sinh

Hình ảnh BTC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có Thai		
Không có		
Tổng		

Nhận xét:

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM MẪU NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

4.1.2. Đặc điểm về địa dư, nghề nghiệp, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu:

4.1.3. Bàn về tiền sử sản phụ khoa can thiệp buồng tử cung

4.2. BÀN LUẬN THEO MỤC TIÊU 1

4.2.1. Bàn về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

4.2.1.1. Bàn về đặc điểm lâm sàng

4.2.1.2. Bàn về đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1.3. Đặc điểm các loại tổn thương qua nội soi

Đặc điểm polyp buồng tử cung: Kích thước, vị trí, số lượng, các tổn thương đi kèm: dính BTC, nhân xơ, tắc VT...

4.3. BÀN LUẬN THEO MỤC TIÊU 2

4.3.1. Kết quả, Tai biến nội soi cắt polyp buồng tử cung

4.3.2. Bàn về kết quả sau can thiệp cắt polyp buồng tử cung

Đánh giá kết quả lâm sàng sau cắt polyp BTC

Đánh giá kết quả cận lâm sàng sau cắt polyp BTC

Đánh giá kết quả có thai sau cắt polyp BTC

KẾT LUẬN

(Theo kết quả nghiên cứu)

KHUYẾN NGHỊ

(Theo kết quả nghiên cứu)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Lò Quốc Anh (2018), "Nghiên cứu hình ảnh soi buồng tử cung ở những bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 - 2017", Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.
2. Bộ Môn Chẩn đoán hình ảnh trường Đại học Y Hà Nội (2001), "Chẩn đoán xquang và hình ảnh y học", (Tài liệu dịch), Đại học Y Hà Nội.
3. Bộ môn Giải phẫu học. Hệ sinh dục nữ, Giải phẫu học tập 2. Nhà xuất bản y học 2006.
4. Bộ môn Mô – phôi trường Đại học Y Hà Nội (2007), "Hệ sinh dục nữ. Mô học", Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản y học, pp.400-410.
5. Đặng Thị Hồng Thiện (2008), "*Tình hình soi buồng tử cung ở các bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008*", Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Đặng Thị Minh Nguyệt (2006), "*Soi buồng tử cung để chẩn đoán các bất thường trong buồng tử cung*", Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội,
7. Đỗ Thị Thu Hiền (2009), "*Nghiên cứu đối chiếu hình ảnh X-quang , siêu âm với soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương*", Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Lê Hoàng, Đặng Thị Hồng Thiện, Trần Thị Thu Hạnh (2006), "*Tổng kết nội soi chẩn đoán và điều trị vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004- 2005*", Hội nghị vô sinh và hỗ trợ sinh sản, pp.93-95.
9. Ngô Văn Tài (2012), "Một số thăm dò trong phụ khoa", Nhà xuất bản y học, trường đại học y Hà Nội, pp.234-236.
10. Nguyễn Khắc Liêu (2013), "Đại cương về vô sinh", Bài giảng sản phụ khoa tập 1, Nhà xuất bản y học Hà Nội, pp.301.

11. Nguyễn Tiên Hưng (2016), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung trong điều trị vô sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh".
12. Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Đức Vy (2005), "Các phương pháp thăm dò trong chẩn đoán quá sản nội mạc tử cung", vol. 17 (8).
13. Nguyễn Thị Minh Thuyết (2013), "Nghiên cứu kết quả soi buồng tử cung trong chẩn đoán và xử trí một số tổn thương tại buồng tử cung trong điều trị vô sinh", Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.

B.TIẾNG ANH

1. A. Jakab, L. Ovári, L. Birinyi B. Juhasz, G. Bacsko, and Z. Toth (2005), "Detection of feeding artery improves the ultrasound diagnosis of endometrial polyps in asymptomatic patients", *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 119 (1), pp.103-107.
2. A.Golan, R. Sagi, M. Berar, S. Ginath, M. Glezerman (2001), "Bipolar electrical energy in physiologic solution—a revolution in operative hysteroscopy", *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, vol. 8 (2), pp.252-258.
3. A. Yanaihara, T. Yorimitsu, H. Motoyama, S. Iwasaki, and T.Kawamura(2008), "Location of endometrial polyp and pregnancy rate in infertility patients," *Fertil. Steril.*, vol. 90, no. 1, pp. 180–182.
4. American Association of Gynecologic Laparoscopists (2012), "AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps", *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 19 (1), pp.3-10.
5. Armstrong AJ, Elguero S, Hurd WW, Barker NM, Zanotti KM (2012), "Diagnosis and management of endometrial hyperplasia", *J Minim Invasive Gynecol*, vol. 19 (5), pp.562-571.
6. Bosteels J, Kasius J, Weyers S, Broekmans FJ, Mol BJ, D'Hooghe TM (2015), "Hysteroscopy for treating suspected abnormalities of the cavity of the womb in women having difficulty becoming pregnant", *Update in Cochrane Database Syst Rev*. 2015, vol. 2, CD009461.
7. Conforti. A, Mollo A, Alviggi C, De Placido G, Magosa A (2013), "The management of Asherman syndrome: a review of literature", *Reprod Biol Endocrinol*. 2013 Dec 27, vol. 11 pp.118.
8. Gargett CE, Ye L, Nguyen HP (2012), "Endometrial regeneration and endometrial stem/progenitor cells", *Rev Endocr Metab Disord*, vol. 11 (235-251).
9. George. A Viles, M.D (2015), "The management of uterine leiomyomas", *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 37 (2), pp.157-178.

10. K. Afifi , S. Anand ,S. Nallapeta and T. A. Gelbaya (2010), "Management of endometrial polyps in subfertile women: a systematic review", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 151 (2), pp.117-121.
11. Lin X ,Li TC Wei M, Huang Q, Huang D, Zhou F, Zhang S (2013), "A comparison of intrauterine balloon, intrauterine contraceptive device and hyaluronic acid gel in the prevention of adhesion reformation following hysteroscopic surgery for Asherman syndrome: a cohort study", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013, vol. 11 (512-516. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.018.).
12. P. P. Smith ,M. Connor L. J. Middleton, and T. J. Clark (2014), "Hysteroscopic morcellation compared with electrical resection of endometrial polyps: a randomized controlled trial", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 123 (4), pp.745–751
13. S.C. Lee ,L.Sanchez-Ramos A.M.Kaunitz, and R.M.Rhatigan (2010), "The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis," *Obstetrics & Gynecology*, vol. 116 (5), pp.1197-1205.
14. Shokeir TA Fawzy M, Tatongy M (2008), "The nature of intrauterine adhesions following reproductive hysteroscopic surgery as determined by early and late follow-up hysteroscopy: clinical implications", *Arch Gynecol Obstet.*, vol. 11 pp.423-427.
15. Sohn G.S. Cho S., Kim Y.M., et al. (2018), "Current medical treatment of uterine fibroids", *ObstetGynecolSci*, vol. 61 (2), pp.192-201.
16. WHO (2017), "Infertility definitions and terminology", WHO, <<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>>, accessed: 12/12/2017., vol.
17. Y. Hamani, I. Eldar, H. Y. Sela, E. Voss ,and R. Haimov- Kochman (2013), "The clinical significance of small endometrial polyps", *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 170 (2), pp.497-500

PHỤ LỤC 1

Quy trình kỹ thuật thực hiện nội soi buồng tử cung trong chẩn đoán và điều trị vô sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang:

A. CHUẨN BỊ

1. Nhân lực: Ê kíp thực hiện bao gồm:

- 02 bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa phụ sản
- 01 bác sĩ gây mê
- 01 phụ mê
- 01 dụng cụ viên
- 01 điều dưỡng

2. Thiết bị

- Hệ thống nội soi Karl Storz có nội soi buồng tử cung
- + Màn hình
- + Bộ phận camera và xử lý tín hiệu hình ảnh
- + Nguồn sáng halogen
- + Hệ thống dao điện, dao siêu âm
- + Hệ thống ghi hình chi tiết cuộc phẫu thuật
- + Bộ dụng cụ PTNS buồng tử cung và PTNS ổ bụng
- Hệ thống máy mê, máy thở, máy theo dõi sinh hiệu tại phòng mổ

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật.
- Ngâm Misoprostol làm mềm cổ tử cung trước khi phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định

+ Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, chức năng gan và thận, điện giải, đường máu, nội tiết sinh sản...

+ Xét nghiệm bệnh lý lây truyền qua đường tình dục: Chlamydia, soi tươi và nhuộm soi vi khuẩn dịch AD, giang mai, lao, HIV, viêm gan B...

+ Siêu âm: Siêu âm tử cung buồng trứng, siêu âm bơm nước buồng tử cung, siêu âm ổ bụng tổng quát, siêu âm tim

+ Chụp Xquang: Xquang tử cung vòi trứng, X-quang tim phổi thẳng

+ Điện tâm đồ

B. QUY TRÌNH TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

- Gây mê NKQ.

Soi buồng tử cung điều trị Polyp BTC:

❖ Xử trí bệnh lý

Đối với u xơ tử cung hay polyp buồng tử cung:

- Tiến hành cắt u xơ hay polyp bằng vòng cắt điện đơn cực.

- Lấy các mảnh cắt ra ngoài, xét nghiệm mô bệnh học.

- Soi lại BTC để kiểm tra bảo đảm không chảy máu và BTC toàn vẹn.

Đối với vách ngăn buồng tử cung:

- Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn điện đơn cực để cắt vách ngăn (có thể dùng kéo). Vị trí cắt nằm chính giữa chiều cao của vách ngăn.

- Cắt hết vách ngăn dựa trên cơ sở vị trí của hai lỗ vòi tử cung.

- Soi lại buồng tử cung bảo đảm không chảy máu và toàn vẹn.

C. THEO DÕI SAU MÔ

- Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

- Chỉ định dùng thuốc tái tạo niêm mạc tử cung ngay sau phẫu thuật, có thể kết hợp đặt dụng cụ tử cung dự phòng dính buồng tử cung tái phát sau phẫu thuật.

- Siêu âm, chụp lại buồng tử cung sau 2 tháng để đánh giá lại tổn thương của buồng tử cung.

D. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng tử cung

+ Ngừng thủ thuật

+ Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

- Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này phải kiểm soát lượng dịch vào và ra khi soi buồng tử cung, kiểm soát thời gian phẫu thuật, ưu tiên sử dụng máy bơm hút dịch buồng tử cung chuyên dụng nếu có.

- Nhiễm khuẩn: Dự phòng bằng kháng sinh đường tiêm phổ rộng trước và sau phẫu thuật.

E. XỬ TRÍ PHẪU THUẬT NỘI SOI

016. Chỉ định nội soi buồng tử cung:

1. Polyp BTC 2. Dính BTC 3. Nội soi chẩn đoán 4. Khác.....

017. Hình ảnh soi buồng tử cung

017a. Niêm mạc tử cung: 1. Giai đoạn 1

2. Giai đoạn 2

017b. Vòi tử cung: 1.1 lỗ VTC 2.2 lỗ VTC

3. Không thấy lỗ VTC

017c. Các bệnh lý BTC

1. Bình thường

2. Dính BTC

3. Polyp BTC

4. Nhân xơ TC

5. Dị dạng

6. Khác.....

018. Xử trí khi soi BTC:

1. Không xử trí

2. Tách dính BTC

3. Cắt polyp

4. Bóc nhân xơ

5. Phối hợp

6. Khác

019. Đặc điểm và xử trí polyp BTC

019a. Kích thước polyp: 1. <10 mm 2. 10-20mm

3. >20mm

019b. Vị trí polyp:

1. Mặt trước

2. Mặt sau

3. Thành bên

4. Lỗ vòi tử cung

5. Nhiều vị trí (Đa polyp)

019c. Xử trí polyp:

1. Nạo BTC

2. Nạo BTC + Dụng cụ NS

3. NS

020. Đặc điểm và xử trí dính BTC

020a. Mức độ dính 1. Nhẹ

2. Vừa

3. Nặng

020b. Vị trí dính

1. Thân TC

2. Eo- cổ TC

3. Eo - Cổ - Thân

4. Buồng tử cung

020c. Xử trí khi tách dính:

1. Nong bằng nén Hegar

2. Dụng cụ nội soi kết hợp với nong

3. Kết hợp NS + Siêu âm đường bụng

020d. Ngăn ngừa tái dính:

1. Không dùng gì

2. Nội tiết

3. NT+DCTC

021. Mô bệnh học

1. Bình thường

2. Viêm niêm mạc tử cung

3. Polyp niêm mạc tử cung

4. U xơ TC

5. Quá sản niêm mạc tử cung

F. XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT

22. Thời gian điều trị tại viện: ngày

023. Xử trí sau khi xuất viện:

1. Không xử trí gì 2. Thuốc tạo vòng kinh nhân tạo:

3. Khác:.....

G. KHÁM LẠI :

024. Thời gian theo dõi sau can thiệp:

1. < 3 tháng

2. 3-6 tháng

3. 6-12 tháng

4. ≥ 12 tháng

025. Các triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật:

1. Không triệu chứng

2. Ra máu bất thường

3. Rong huyết

4. Rong kinh

5. Thiếu kinh vô kinh

6. Thống kinh

026. Siêu âm sau phẫu thuật:

026a. Niêm mạc TC: 1. < 4mm 2. 4-8 m 3. > 8 mm

Khác:.....

026b. SIS:

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------|
| 1. Bình Thường | 2. Dính BTC | 3. PolypBTC |
| 4. U xơ tử cung | 5. Tử cung bất thường | 6. Khác |

027. Chụp HSG

027a.BTC: 1. Bình thường 2. Hình khuyết 3. Ngấm thuốc ko đều
4. Viêm niêm mạc tử cung 5. Tử cung 1 sừng

027b. VTC:

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. Bình thường | 2. Thông hạn chế |
| 3. Tắc 1 bên vòi | 4. Tắc 2 vòi |

028. Có thai sau can thiệp

- | | | |
|---------------------|---------------|--------------------|
| 1. Có thai tự nhiên | 2. KTPN + IUI | 3. Có thai sau IVF |
|---------------------|---------------|--------------------|

029. Kết quả có thai với phương pháp HTSS: 1- IUI ± KTPN 2-IVF

- | | | |
|------------------|--------------|------------------|
| 1. Không có thai | 2. Có thai | 3. Sảy thai |
| 4. Đa thai | 5. Thai sống | 6. Đang theo dõi |

Người nghiên cứu

