

TREATMENT OUTCOMES OF INTRAUTERINE ADHESIONS BY HYSTEROSCOPIC SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM AUGUST 2024 TO AUGUST 2025

Tran Thi Thuy¹, Vu Van Du², Le Thi Ngoc Huong², Nong Minh Hoang²

¹Ha Nam General Hospital - No. 158 Truong Chinh Street, Phu Ly Ward, Ninh Binh Province, Vietnam

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology - No. 1 Trieu Quoc Dat Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 25/11/2025

Revised: 25/12/2025; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the treatment outcomes of intrauterine adhesions (IUA) using hysteroscopic surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from August 2024 to August 2025.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 patients with intrauterine adhesions who underwent hysteroscopic surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Results: Among 50 patients undergoing hysteroscopic treatment for intrauterine adhesions, the 35–39 age group accounted for the highest proportion, with moderate adhesions (involving one-third to two-thirds of the uterine cavity) being predominant. Complete adhesiolysis was achieved in the majority of cases, with clear visualization of both tubal ostia. After three months, most patients showed significant improvement in menstrual patterns and complete resolution of pelvic pain. Among the followed-up patients, several achieved spontaneous pregnancy after treatment. The procedure demonstrated a low rate of surgical complications, including isolated cases of bleeding and uterine perforation.

Conclusion: Hysteroscopic adhesiolysis is a safe and effective treatment method, enabling restoration of uterine anatomical structure, significant improvement of menstrual function, and enhancement of fertility potential. Appropriate surgical technique selection and accurate assessment of adhesion severity play a crucial role in optimizing treatment outcomes and minimizing complications.

Keywords: intrauterine adhesions, hysteroscopy.

*Corresponding author

Email: drthuysan@gmail.com Phone: (+84) 915.882.999 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4708>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐÍNH BUỒNG TỬ CUNG QUA SOI BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 8/2024 ĐẾN THÁNG 8/2025

Trần Thị Thúy¹, Vũ Văn Du², Lê Thị Ngọc Hương², Nông Minh Hoàng²

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Nam - Số 158 đường Trường Chinh, phường Phú Lý, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Số 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 25/12/2025; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị dính buồng tử cung (BTC) qua soi BTC tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 50 bệnh nhân bệnh nhân dính BTC được điều trị phẫu thuật soi BTC tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Kết quả: Trong 50 bệnh nhân được phẫu thuật soi BTC điều trị dính buồng tử cung, nhóm tuổi 35–39 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,0%), với mức độ dính trung bình (1/3–2/3 buồng tử cung) chiếm ưu thế (46,0%). Phẫu thuật tách dính hoàn toàn đạt 86,0%, trong đó 78,0% quan sát rõ hai lỗ vòi tử cung. Sau 3 tháng, 92,5% bệnh nhân cải thiện kinh nguyệt (nhiều hơn và đều hơn) và 100% không còn đau bụng. Trong số 40 bệnh nhân được theo dõi sau mổ, ghi nhận 13 trường hợp có thai, đạt tỷ lệ 32,5%. Tỷ lệ tai biến phẫu thuật thấp (4,0%), gồm 1 trường hợp chảy máu và 1 trường hợp thủng tử cung.

Kết luận: Phẫu thuật soi buồng tử cung là phương pháp an toàn và hiệu quả, giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu buồng tử cung, cải thiện rõ rệt chức năng kinh nguyệt và khả năng sinh sản. Việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp và đánh giá đúng mức độ dính có vai trò quan trọng trong tối ưu kết quả điều trị và hạn chế biến chứng.

Từ khóa: dính buồng tử cung, soi buồng tử cung.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính tử cung, hay còn gọi là hội chứng Asherman, là tình trạng hình thành các dải xơ trong buồng tử cung, làm hai thành tử cung dính vào nhau ở mức độ khác nhau, gây biến dạng khoang tử cung và ảnh hưởng đến chức năng sinh sản. Bệnh lý này được bác sĩ Joseph G. Asherman mô tả lần đầu tiên vào năm 1948, từ đó tên của ông được dùng để đặt cho hội chứng đặc trưng bởi sự dính và xơ hóa buồng tử cung này. Nguyên nhân phần lớn bao gồm nạo buồng tử cung, băng huyết sau sinh, các phẫu thuật can thiệp vào buồng tử cung và lao sinh dục. Tỷ lệ mắc dính tử cung trong thai kỳ được ước tính khoảng 15%–20%, thường là biến chứng sau phá thai, và nguy cơ tăng dần theo số lần phá thai. Trong đó, phá thai nhiều lần và nạo buồng tử cung lặp lại được xem là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến hình thành các dải bám dính trong buồng tử cung [1]. Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã bắt đầu triển khai kỹ thuật soi buồng tử cung từ năm 1998 với hệ thống máy soi của hãng Karl Storz. Trong thực hành hiện nay, ngoài phẫu thuật soi buồng tử cung cắt dính, bệnh viện đang áp dụng các phương pháp điều trị tiên tiến được triển khai rộng rãi trên thế giới, như sử dụng vật liệu chống dính sinh học, liệu pháp nội tiết hỗ trợ tái tạo niêm mạc tử cung hay theo dõi soi buồng tử cung định kỳ sau phẫu thuật.

Dính buồng tử cung (BTC) là một tình trạng tiến triển lặng lẽ, ít biểu hiện rõ ràng trên lâm sàng, khiến việc phát hiện bệnh trở nên khó khăn vì chẩn đoán thường đòi hỏi các kỹ thuật can thiệp trực tiếp vào buồng tử cung. Thông thường, người phụ nữ chỉ tìm đến cơ sở y tế khi đã xuất hiện các biểu hiện ảnh hưởng rõ rệt đến sức khỏe sinh sản, như rối loạn kinh nguyệt, vô sinh hoặc sảy thai liên tiếp. Chính vì vậy, các nghiên cứu về dính buồng tử cung đang ngày càng được quan tâm và phát triển nhằm nâng cao khả năng chẩn đoán sớm và cải thiện hiệu quả điều trị. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Mô tả kết quả điều trị dính buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

2.1.1. Địa điểm và thời gian

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

- Bệnh án được thu thập của bệnh nhân nhập viện từ 08/2024 - 08/2025.

*Tác giả liên hệ

Email: drthuysan@gmail.com Điện thoại: (+84) 915.882.999 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4708>

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán dính BTC và được điều trị phẫu thuật nội soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 08/2024 - 08/2025.

2.1.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán dính BTC bằng các triệu chứng lâm sàng (rối loạn kinh nguyệt, vô sinh...) kết hợp với kết quả đặc điểm hình ảnh trên chụp Xquang BTC – vòi tử cung.
- Các bệnh nhân được khẳng định chẩn đoán qua soi BTC.

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý ác tính ở cổ tử cung
- Viêm nhiễm đường sinh dục
- Bệnh đái tháo đường, tim mạch, bệnh lý về máu.

2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tuyển chọn toàn bộ các bệnh nhân vào viện từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Trong khoảng thời gian này, có 50 trường hợp đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về kết quả điều trị dính BTC bằng phẫu thuật soi BTC: mức độ dính khi soi BTC, các phương pháp điều trị tách dính BTC qua soi BTC, các phương pháp phòng ngừa tái dính sau mổ, tai biến, đặc điểm kinh nguyệt, đau bụng sau 3 tháng điều trị, tình trạng có thai sau điều trị.

2.4. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Ghi chép thông tin của bệnh nhân có trong bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo tiêu chuẩn lựa chọn và ghi chép lại vào phiếu thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng phép thống kê mô tả để mô tả các tần số, tỷ lệ đối với biến định tính và trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu sử dụng các thông tin trên bệnh án, không can thiệp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hóa, đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng chấm Đề cương BS. CKII Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và được Ban lãnh đạo BVPSTW cho phép triển khai theo quyết định số 1252/CN-PSTW.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đánh giá dính buồng tử cung khi soi buồng tử cung

Bảng 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 25 tuổi	3	6,0
25 – 29 tuổi	8	16,0
30 – 34 tuổi	10	20,0

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
35 – 39 tuổi	22	44,0
≥ 40 tuổi	7	14,0
Tổng số	50	100
± SD (GTNN – GTLN)	34,3 ± 5,4 (22 – 45)	

Nhận xét:

Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 35–39 tuổi (44,0%), đứng thứ hai là nhóm 30 – 34 tuổi (20,0%), thấp nhất là nhóm <25 tuổi (6,0%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34,3 ± 5,4, dao động từ 22 đến 45 tuổi.

Bảng 2. Mức độ dính khi soi BTC

Mức độ dính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dính nhẹ (<1/3 BTC)	20	40,0
Dính trung bình (1/3 – 2/3 BTC)	23	46,0
Dính nặng (>2/3 BTC)	7	14,0
Tổng số	50	100

Nhận xét: Trong 50 trường hợp bệnh nhân, dính trung bình (1/3–2/3 buồng tử cung) chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,0%. Các trường hợp dính nhẹ (<1/3 buồng tử cung) chiếm 40,0%, trong khi dính nặng (>2/3 buồng tử cung) chiếm 14,0%.

Bảng 3. Các phương pháp điều trị tách dính BTC qua soi BTC

Các phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt dính bằng dao điện một cực	46	92,0
Tách dính bằng đèn soi	4	8,0
Nong nạo BTC	0	0
Tổng	50	100

Nhận xét:

Phần lớn phương pháp điều trị là cắt dính bằng dao điện, chiếm tỷ lệ 92,0%. Còn lại là tác dính bằng đèn soi, chiếm 8,0%. Không ghi nhận bệnh nhân nào được nong nạo BTC.

3.2. Kết quả điều trị tách dính buồng tử cung bằng phẫu thuật soi buồng tử cung

Bảng 4. Kết quả tách dính buồng tử cung trong phẫu thuật

Kết quả tách dính		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tách dính được một phần BTC (n=7; 14,0%)	Không quan sát được cả 2 lỗ VTC	4	8,0
	Quan sát được cả 2 lỗ VTC	3	6,0
Tách dính được hoàn toàn BTC (n=43; 86,0%)	Không quan sát được cả 2 lỗ VTC	4	8,0
	Quan sát được cả 2 lỗ VTC	39	78,0
Tổng số		50	100

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân được tách dính hoàn toàn là 86,0%. Còn lại 14,0% được tách dính một phần BTC.

Trong nhóm tách dính một phần có 4 trường hợp không quan sát được cả 2 lỗ VTC (8,0%) và 3 trường hợp quan sát được cả 2 lỗ VTC (6,0%).

Trong nhóm được tách dính hoàn toàn có 4 trường hợp không quan sát được cả 2 lỗ VTC (8,0%) và 39 trường hợp quan sát được cả 2 lỗ VTC (78,0%).

Bảng 5. Các phương pháp phối hợp phòng ngừa tái dính sau mổ (n=50)

Các phương pháp phòng ngừa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vòng kinh nhân tạo	47	94,0%
Kháng sinh	33	66,0

Nhận xét:

Vòng kinh nhân tạo được sử dụng nhiều nhất với 47 trường hợp (94,0%). Kháng sinh đứng thứ hai, được dùng ở 33 trường hợp (66,0%). Chưa có trường hợp nào sử dụng vật liệu chống dính gel Hyaluronic hay đặt dụng cụ tử cung chống dính.

Bảng 6. Tai biến của phẫu thuật

Tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	2,0
Thủng TC	1	2,0
Không	48	96,0
Tổng	50	100

Nhận xét:

Có 2 trường hợp gặp tai biến do phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 4,0%. Trong đó có 1 trường hợp là chảy máu (2,0%) và 1 trường hợp thủng tử cung (2,0%).

Bảng 7. Triệu chứng đau bụng và kinh nguyệt sau điều trị 3 tháng

Đặc điểm sau 3 tháng điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kinh nguyệt	Nhiều hơn, đều	37	92,5
	Không có, uống thuốc thì có nhiều hơn	3	7,5
	Tổng số	40	100
Đau bụng	Không	40	100
	Có	0	0
	Tổng số	40	100

Nhận xét:

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 40 bệnh nhân đã được khám lại (10 bệnh nhân chưa đến lịch khám lại). Trong đó có 37 trường hợp cải thiện, kinh nguyệt nhiều hơn và đều, chiếm tỷ lệ 92,5%. Tất cả 40/40 bệnh nhân đã được khám lại đều không có triệu chứng đau bụng.

Bảng 8. Tỷ lệ có thai sau điều trị

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có thai	13	32,5
Không có thai	27	67,5
Tổng số	40	100

Nhận xét: Trong số 40 bệnh nhân đã được khám lại, có 13 trường hợp có thai, chiếm tỷ lệ 32,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá dính buồng tử cung khi soi buồng tử cung

Soi BTC được xem là phương pháp có giá trị cao nhất trong chẩn đoán các bệnh lý BTC. Kỹ thuật này cho phép quan sát trực tiếp toàn bộ khoang tử cung, bao gồm lớp niêm mạc, hai lỗ vòi tử cung cũng như các tổn thương khu trú như polyp BTC, u xơ dưới niêm mạc, dị dạng tử cung hoặc vách ngăn tử cung. Đồng thời, soi BTC còn cho phép thực hiện sinh thiết có định hướng, giúp chẩn đoán chính xác các thương tổn của tiền ung thư và giai đoạn sớm của ung thư nhờ quan sát trực tiếp vị trí nghi ngờ và lấy mẫu mô phù hợp. Đây cũng là ưu điểm so với các phương pháp khác, vốn chỉ mang tính định hướng mà không thể đánh giá trực tiếp cấu trúc nội tại của BTC. Đối với dính BTC, soi BTC đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán vì cho phép đánh giá đúng các vị trí, phạm vi và mức độ dính của khoang tử cung. Dính có thể xuất hiện dưới dạng những dải xơ mảnh, các cột dính chắc chắn hoặc những mảng xơ lớn nối liền hai mặt BTC, làm biến dạng khoang tử cung ở nhiều mức độ khác nhau. Soi BTC còn là phương pháp điều trị trực tiếp, cho phép phẫu thuật viên tiến hành tách dính dưới quan sát trực tiếp, hạn chế tối đa tổn thương nội mạc và nâng cao khả năng phục hồi chức năng sinh sản.

Với những trường hợp dính BTC mới hình thành và mức độ lan tỏa còn hạn chế, việc tách dính có thể được thực hiện dễ dàng bằng chính đầu đèn soi. Tuy nhiên, đối với các cột dính dày, chắc hoặc những mảng dính lớn, phẫu thuật viên cần sử dụng các dụng cụ chuyên biệt để cắt tách an toàn và hiệu quả [2].

Những dải dính ở thành BTC gây tắc nghẽn hoàn toàn thường dễ xử lý hơn; chỉ cần cắt chính giữa dải dính, phần cuống dính còn lại sẽ tự co lại nhờ áp lực căng của BTC, giúp mở rộng tầm quan sát và tạo thuận lợi cho việc làm sạch toàn bộ tổn thương. Ngược lại, các dính bờ bên – đặc biệt khi lan rộng hoặc tồn tại lâu năm – gây khó khăn đáng kể khi phẫu thuật do nguy cơ thủng tử cung cao. Trong những trường hợp này, việc phối hợp soi ổ bụng là cần thiết nhằm kiểm soát an toàn và xử trí kịp thời nếu thủng tử cung xảy ra.

Đánh giá mức độ và tính chất dính dựa vào quan sát trực tiếp trong quá trình soi BTC, không cần phụ thuộc vào mô bệnh học. Khi tiến hành cắt dính, phẫu thuật viên có thể nhận định bản chất mô sẹo: liệu còn dấu hiệu của nội mạc tử cung, mô xơ – cơ hay chỉ là mô liên kết xơ hóa hoàn toàn, không còn khả năng chảy máu khi cắt. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dính trung bình (1/3–2/3 buồng tử cung) chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,0%. Các trường hợp dính nhẹ (<1/3 buồng tử cung) chiếm 40,0%, trong khi dính nặng (>2/3 buồng tử cung) chiếm 14,0%.

Soi BTC phẫu thuật thực sự tạo nên một bước ngoặt trong việc tái lập khoang TC sau điều trị dính BTC. Kỹ thuật này cho phép phẫu thuật viên quan sát trực tiếp vùng tổn thương, từ đó đưa dụng cụ vào đúng vị trí dính dưới sự kiểm soát bằng mắt, hạn chế tối đa nguy cơ làm tổn thương nội mạc tử cung hoặc các cấu trúc lân cận. Thủ

thuật có thể được phối hợp với soi ổ bụng trong những trường hợp dính phức tạp hoặc khi cần đánh giá nguy cơ thủng tử cung. Một ưu điểm quan trọng khác là hiệu quả của việc tách dính có thể được đánh giá ngay trong quá trình can thiệp; nếu cần thiết, phẫu thuật viên có thể điều chỉnh hoặc tách dính bổ sung ngay lập tức mà không phải chờ đợi chụp kiểm tra bằng X-quang sau thủ thuật.

4.2. Kết quả điều trị tách dính buồng tử cung bằng phẫu thuật soi buồng tử cung

4.2.1. Tình trạng kinh nguyệt

Sau phẫu thuật 3 tháng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 40 bệnh nhân đã đến khám lại (10 trường hợp chưa đến thời điểm tái khám theo lịch). Trong số này, có 37 bệnh nhân cải thiện rõ rệt về kinh nguyệt với biểu hiện lượng kinh nhiều hơn, đều hơn so với thời gian trước phẫu thuật, chiếm 92,5%. Đáng chú ý, cả 40/40 bệnh nhân đều không còn triệu chứng đau bụng, cho thấy sự phục hồi tốt sau tách dính. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Phùng Thị Quỳnh Mai [3] (2019) báo cáo 100% số bệnh nhân vô kinh trước mổ đều có kinh trở lại sau phẫu thuật; 74,6% kinh nguyệt trở về bình thường và chỉ 25,4% còn tình trạng kinh ít. Roge [4] và cộng sự cũng ghi nhận 90% bệnh nhân hội chứng Asherman phục hồi kinh nguyệt bình thường sau phẫu thuật tách dính. Tỷ lệ tương tự được Valle và Sciarra [5] công bố trong nghiên cứu trên 187 bệnh nhân. Nhìn chung, các tác giả đều thống nhất rằng sau khi tách dính, niêm mạc tử cung có khả năng phục hồi tốt, dẫn đến sự cải thiện rõ ràng về kinh nguyệt. Tỷ lệ thành công trong khôi phục kinh nguyệt được ghi nhận dao động từ 80% đến 96,8% trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Đây là minh chứng cho hiệu quả của phẫu thuật soi BTC trong việc cải thiện chức năng nội mạc tử cung và phục hồi kinh nguyệt ở những bệnh nhân mắc dính BTC.

4.2.2. Tình trạng đau bụng

Đau bụng không phải là biểu hiện nổi bật ở bệnh nhân dính BTC, bởi nhiều trường hợp không có dính nhưng vẫn xuất hiện thống kinh do nguyên nhân khác. Dù vậy, ở những phụ nữ thực sự bị dính BTC, cơn đau thường liên quan đến sự cản trở dòng máu kinh, gây ứ đọng trong BTC. Chính tình trạng tắc nghẽn này dẫn đến đau bụng kinh đi kèm kinh ít hoặc vô kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8,0% người bệnh ghi nhận đau bụng dữ dội hơn khi hành kinh trước điều trị. Đáng chú ý, sau phẫu thuật tách dính, tất cả các trường hợp này đều hết triệu chứng đau. Điều này cho thấy khi BTC được tái lập thông thoáng và chức năng nội mạc được phục hồi, tình trạng thống kinh cũng được cải thiện triệt để. Đây là một lợi ích quan trọng của kỹ thuật soi BTC tách dính trong việc khôi phục hoạt động sinh lý bình thường của TC.

4.2.3. Tình trạng có thai sau điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong số 40 bệnh nhân được tái khám sau 3 tháng, có 13 trường hợp đã có thai, tương ứng tỷ lệ 32,5%. Kết quả này cho thấy khả năng phục hồi khả năng sinh sản sau tách dính BTC là khả quan, mặc dù vẫn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. So sánh với các nghiên cứu trước, Phùng Thị Quỳnh Mai [3] (2019)

báo cáo 27/114 bệnh nhân có thai trở lại. Trong đó, 19 trường hợp (37,3%) thụ thai sau nong BTC và 8 trường hợp (12,6%) có thai sau phẫu thuật nội soi cắt dính. Trên thế giới, tỷ lệ thụ thai sau điều trị dính BTC dao động đáng kể: Roge [4] và cộng sự ghi nhận 54% thai kỳ sau phẫu thuật ở 102 bệnh nhân, trong khi Valle và Sciarra [5] báo cáo tỷ lệ cao hơn, tới 79,7%.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,3 ± 5,4 tuổi. Các tài liệu cho thấy phụ nữ dưới 35 tuổi có khả năng mang thai cao hơn đáng kể, với tỷ lệ đạt 62–66% ngay cả ở nhóm dính nặng. Ngược lại, nhóm trên 35 tuổi có tỷ lệ thấp hơn rõ rệt, chỉ khoảng 16–23%. Khi phân tích theo mức độ dính, tỷ lệ có thai giảm dần từ nhẹ đến nặng: lần lượt 93%, 78% và 57%, với tỷ lệ sinh sống tương ứng 81%, 66% và 32% [6]. Như vậy, tiên lượng sinh sản phụ thuộc chặt chẽ vào cả tuổi người bệnh và mức độ tổn thương BTC.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tỷ lệ có thai theo mức độ dính cũng phản ánh xu hướng này: nhóm dính nhẹ có tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp đến là nhóm dính trung bình (25,0%), và thấp nhất ở nhóm dính nặng (20,0%). Sự khác biệt so với các công bố trước đó một phần do thời gian theo dõi của nghiên cứu còn ngắn, chưa đủ để quan sát đầy đủ các kết quả thai kỳ ở giai đoạn muộn.

4.2.4. Tai biến do phẫu thuật

Soi BTC và nong BTC đều là những thủ thuật đòi hỏi đưa một dụng cụ cứng đi qua cổ tử cung – một cấu trúc mô mềm – để tiếp cận vào một cơ quan rỗng như tử cung. Vì vậy, nguy cơ gây sang chấn, rách hoặc chảy máu là điều có thể xảy ra, đặc biệt khi phải nong cổ tử cung. Kỹ thuật thao tác nhẹ nhàng, đặt kẹp đúng vị trí và nong từ tốn được xem là yếu tố quan trọng giúp hạn chế tối đa tai biến này. Trong số các biến chứng có thể gặp, thủng tử cung là biến cố hiếm nhưng cần được lưu ý. Đa phần các trường hợp thủng không gây chảy máu đáng kể, tuy nhiên vẫn cần soi ổ bụng kiểm tra để chắc chắn không tổn thương các tạng lân cận hoặc mạch máu lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/50 trường hợp gặp các tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 4,0%, bao gồm 1 trường hợp chảy máu (2,0%) và 1 trường hợp thủng tử cung (2,0%). Tỷ lệ này tương đồng với một số báo cáo trước đây. Một nghiên cứu đa trung tâm của Frank Willem Jansen [7] và cộng sự tại 82 bệnh viện ở Hà Lan (1997) cho thấy tỷ lệ tai biến trong soi BTC phẫu thuật cao hơn soi BTC chẩn đoán một cách có ý nghĩa thống kê. Trong các tai biến của soi BTC phẫu thuật, thủng tử cung chiếm 0,76%; 18/33 trường hợp xảy ra trong giai đoạn tiếp cận BTC, số còn lại liên quan đến kỹ năng phẫu thuật viên hoặc bản chất phẫu thuật. Đáng chú ý, tỷ lệ biến chứng cao nhất ghi nhận ở nhóm tách dính BTC, lên tới 4,48%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được cắt dính bằng dao điện một cực (92,0%), chỉ 8,0% dùng đèn soi. Những trường hợp dính mỏng, mới hình thành thường dễ thao tác; nhưng với các dải dính lan rộng, lâu năm, việc tách dính có thể khó khăn và nguy cơ thủng tử cung tăng cao, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

Việc ứng dụng rộng rãi Prostaglandin E1 (Misoprostol, Cytotec, Alsoben) để làm mềm cổ tử cung trước phẫu

thuật đã cải thiện đáng kể nhu cầu nong cổ tử cung, qua đó góp phần làm giảm tỷ lệ tai biến. Trước thời điểm phổ biến thuốc làm mềm cổ tử cung, nong cổ tử cung gần như là bắt buộc trước khi đưa ống soi vào BTC – điều này giúp giải thích vì sao trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tai biến thấp.

Chảy máu có thể xảy ra do nong cổ tử cung quá mạnh, do kẹp cổ tử cung hoặc sang chấn thành tử cung khi đưa dụng cụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chảy máu gặp nhiều nhất ở nhóm nong BTC (90,2%), và chỉ 7,9% xảy ra trong quá trình soi BTC. Trong một nghiên cứu của Brooks [8] trên 216 trường hợp soi BTC, biến chứng chảy máu ghi nhận ở 1,9% bệnh nhân.

Viêm nội mạc tử cung là một biến chứng hiếm, gặp với tỷ lệ khoảng 1/4000 trường hợp soi BTC. Theo Brooks [8], trong 211 ca soi BTC có 2 trường hợp viêm nội mạc tử cung. Nguyên nhân thường liên quan đến thao tác kéo dài, phải tháo lắp nhiều lần ống soi qua cổ tử cung. Để dự phòng, nên sử dụng kháng sinh cho các bệnh nhân có nguy cơ giảm khả năng sinh sản; ở những trường hợp có tiền sử viêm nhiễm, có thể cân nhắc cấy dịch cổ tử cung trước thủ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn sau soi BTC.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật soi buồng tử cung là phương pháp hiệu quả trong điều trị dính buồng tử cung, với kết quả đa số bệnh nhân cải thiện rõ rệt tình trạng kinh nguyệt (92,5%). Ghi nhận 32,5% trường hợp có thai sau 03 tháng phẫu thuật, thể hiện khả năng phục hồi tốt chức năng sinh sản, đặc biệt ở nhóm dính nhẹ và trung bình. Phẫu thuật có độ an toàn cao với tỷ lệ tai biến thấp (4,0%), khẳng định giá trị thực tiễn của phương pháp trong lâm sàng sản phụ khoa.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hooker, A.B., et al., Reproductive performance of women with and without intrauterine adhesions following recurrent dilatation and curettage for miscarriage: Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 2021. 36: p. 70-81.
- [2] Xiao, S., et al., Etiology, treatment, and reproductive prognosis of women with moderate-to-severe intrauterine adhesions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2014. 125(2): p. 121-124.
- [3] Phùng Thị Quỳnh Mai, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị dính buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. 2019, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- [4] Roge, P., et al., Hysteroscopic management of uterine synechiae: a series of 102 observations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1996. 65: p. 189-193.
- [5] Valle, R.F. and J.J. Sciarra, Intrauterine adhesions: Hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1988. 158(6): p. 1459-1470.
- [6] Panayotidis, C., et al., Intrauterine adhesions (IUA): has there been progress in understanding and treatment

over the last 20 years? *Gynecological surgery*, 2009. 6(3): p. 197-211.

- [7] Jansen, F.W., et al., Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol*, 2000. 96(2): p. 266-70.
- [8] Brooks, P.G. and S.P. Serden, Hysteroscopic complications: a review of 216 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 1980. 55(2): p. 232-238.

7. PHỤ LỤC 2: KỸ THUẬT SOI BTC CẮT DÍNH

(Theo Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản – Quyết định số 1377/QĐ-BYT)

- Chỉ định: Dính buồng tử cung không hoàn toàn, có nhu cầu sinh đẻ hay có biến chứng.

- Chống chỉ định:

+ Dính buồng tử cung hoàn toàn

+ Dính buồng tử cung không hoàn toàn, không có biến chứng và không có nhu cầu sinh đẻ.

- Chuẩn bị

* Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo về soi buồng tử cung.

* Phương tiện – dụng cụ: Hệ thống soi buồng tử cung chẩn đoán và phẫu thuật (ống soi, nguồn sáng, dụng cụ cắt dính...).

* Người bệnh

+ Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá các bệnh lý phối hợp.

+ Tư vấn đầy đủ về nguy cơ, biến chứng và tai biến của thủ thuật.

+ Chụp tử cung – vòi tử cung (HSG) để xác định vị trí và mức độ dính buồng tử cung.

* Hồ sơ bệnh án: lập hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo đúng quy định của Bộ Y tế.

* Nơi thực hiện thủ thuật: phòng mổ đạt tiêu chuẩn vô khuẩn.

- Các bước tiến hành:

+ Người bệnh được đặt ở tư thế phụ khoa.

+ Giảm đau toàn thân theo phác đồ của bệnh viện

- Soi buồng tử cung chẩn đoán

Sát khuẩn vùng sinh dục ngoài; thông tiểu và lưu ống thông nếu cần thiết.

Đặt van âm đạo hoặc mỏ vịt để bộc lộ cổ tử cung.

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi nhằm cố định và tạo đường thẳng cho thao tác đưa ống soi.

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo (uterine sound) để xác định hướng và độ sâu của buồng tử cung.

Đưa ống soi buồng tử cung chẩn đoán qua cổ tử cung vào trong khoang tử cung dưới quan sát trực tiếp.

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch giãn nở sau:

Dung dịch có trọng lượng phân tử cao: Hyskon.

Các dung dịch không chứa điện giải: mannitol, sorbitol, dextran.

Có thể sử dụng một trong các phương pháp sau để đưa dịch vào buồng tử cung nhằm làm căng khoang tử cung:

Treo túi dịch cao hơn bệnh nhân 90–100 cm để dịch tự chảy vào buồng tử cung.

Nếu dùng túi dịch mềm, có thể quấn băng đo huyết áp quanh túi và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

Khi sử dụng máy bơm dịch – hút tự động, đặt áp lực bơm ở mức 40–60 mmHg để đảm bảo giãn nở buồng tử cung an toàn và hiệu quả.

Sau khi buồng tử cung được làm căng, tiến hành quan sát toàn bộ khoang tử cung nhằm đánh giá mức độ và vị trí dính buồng tử cung, cũng như các bất thường liên quan khác.

- Soi buồng tử cung phẫu thuật:

Nong cổ tử cung đến kích thước tương đương 10,5 để tạo đường vào thuận lợi cho ống soi phẫu thuật.

Đưa ống soi phẫu thuật vào buồng tử cung dưới quan sát trực tiếp.

Tiến hành cắt dính bằng đầu cắt thẳng hoặc bóng lăn (roller ball); thao tác chỉ được thực hiện khi nhìn rõ hoàn toàn vị trí dính để đảm bảo an toàn.

Cắt toàn bộ các dải dính theo mức độ tổn thương, từ nông đến sâu, cho đến khi tái lập được khoang tử cung.

Soi kiểm tra lại buồng tử cung sau khi hoàn thành nhằm đánh giá tính toàn vẹn của niêm mạc, đảm bảo không còn điểm chảy máu hoặc tổn thương mới.

Đặt dụng cụ chống dính, như dụng cụ tử cung hoặc các thiết bị chuyên biệt, nhằm hạn chế nguy cơ tái dính trong giai đoạn hậu phẫu.

Theo dõi và chăm sóc sau thủ thuật

- Theo dõi toàn trạng bệnh nhân trong những giờ đầu sau can thiệp, bao gồm mạch, huyết áp, mức độ đau và lượng máu ra âm đạo, nhằm phát hiện sớm chảy máu bất thường hoặc biến chứng.

- Đặt vòng kinh nhân tạo ngay sau phẫu thuật theo chỉ định, nhằm hỗ trợ tái tạo niêm mạc tử cung và hạn chế nguy cơ tái dính buồng tử cung.

- Chụp lại buồng tử cung (HSG) sau vài tháng để đánh giá độ phục hồi và sự vẹn toàn của khoang tử cung, cũng như kiểm tra nguy cơ tái dính.

- Tai biến của soi buồng tử cung cắt dính:

+ Chảy máu: Có thể xảy ra trong hoặc sau thủ thuật, thường ở mức độ nhẹ và dễ kiểm soát.

+ Thủng tử cung: Là biến chứng gặp tương đối thường xuyên nhất; đa phần không gây hậu quả nghiêm trọng. Khi nghi ngờ thủng tử cung, có thể kết hợp soi ổ bụng để đánh giá và xử trí kịp thời.

+ Nhiễm khuẩn: Hiếm gặp, thường biểu hiện dưới dạng viêm nội mạc tử cung nhẹ, đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh và không để lại di chứng.

+ Rách cổ tử cung: Có thể xảy ra trong quá trình nong cổ tử cung, đặc biệt khi cổ tử cung xơ chai hoặc khó nong.