

# DÍNH BUỒNG TỬ CUNG VÀ ĐIỀU TRỊ CẮT DÍNH BẰNG SOI BUỒNG TỬ CUNG NGOẠI TRÚ: AN TOÀN, HIỆU QUẢ VÀ THUẬN TIỆN?

BS. CKI. Phan Ngọc Quý

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

## TỔNG QUAN VỀ DÍNH BUỒNG TỬ CUNG

Dính buồng tử cung hay còn gọi là Hội chứng Asherman, là tổn thương xơ dính do quá trình phục hồi tổn thương sau các thủ thuật, phẫu thuật hoặc nhiễm trùng tại buồng tử cung<sup>[1]</sup>. Có nhiều nguyên nhân gây dính buồng tử cung, theo Bogdan Doroftei và cộng sự trong một nghiên cứu tổng quan cùng phân tích gộp năm 2020 cho thấy hút và nạo buồng tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm khoảng 30% số trường hợp, các phẫu thuật buồng tử cung như cắt vách ngăn, mổ bóc u xơ tử cung cũng có nguy cơ gây dính cao, khoảng 13%, hay một số nguyên nhân ít gặp như nhiễm trùng, dinh dưỡng<sup>[3]</sup>. Ngoài ra, nút mạch u xơ tử cung cũng là nguyên nhân gây dính buồng tử cung nhưng ít được chú ý, theo nghiên cứu của Margaux Jegaden đăng trên JMIG năm 2023, có 81,8% bị dính buồng tử cung mức độ nặng, các bệnh nhân phải trải qua trung bình 3,4 lần phẫu thuật cắt dính, ảnh hưởng nặng đến khả năng sinh sản trong tương lai. Thực tế, phần lớn các trường hợp dính buồng tử cung thường không có triệu chứng, một số biểu hiện qua tính chất kinh nguyệt như kinh ít hoặc vô kinh, đau bụng khi hành kinh. Bệnh nhân được chẩn đoán thường vì đi khám do kinh bất thường sau can thiệp hoặc khám vô sinh, do vậy có nhiều trường hợp không được phát hiện và

chẩn đoán, dẫn tới không biết chính xác tỷ lệ dính buồng tử cung trong cộng đồng<sup>[2]</sup>. Dính buồng tử cung ở các vị trí và mức độ khác nhau đều ảnh hưởng tới khả năng sinh sản bao gồm giảm tỷ lệ có thai, tăng nguy cơ sảy thai, sinh non cũng như các biến chứng thai kỳ như rau bám bất thường, chảy máu trong và sau sinh, chèn ép thai...<sup>[10]</sup>.

Chụp X-quang tử cung – vòi tử cung (HSG) được biết tới là phương tiện chẩn đoán đầu tay với độ nhạy và độ đặc hiệu 1 cao. Bên cạnh đó, siêu âm bơm nước buồng tử cung, siêu âm 3D cũng được chứng minh có khả năng chẩn đoán với độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương HSG với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 87%<sup>[4,5]</sup>. Tuy nhiên soi buồng tử cung vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dính buồng tử cung do khả năng quan sát trực tiếp<sup>[3]</sup>. Hiện tại vẫn chưa có sự thống nhất phân loại dính buồng tử cung, các hệ thống phân loại đều được đề xuất từ trước những năm 2000, như phân loại của Ballas năm 1978, phân loại của March năm 1978, phân loại của ASRM năm 1988 và phân loại Lâm sàng – nội soi buồng tử cung (Clinicohysteroscopic scoring system) của Hiệp hội Nội soi Sản Phụ khoa châu Âu (ESGE) năm 2000. Phân loại của March đơn giản nhất nhưng phân loại của ASRM được sử dụng nhiều nhất do có thể áp dụng cho cả HSG và soi buồng tử cung, dính buồng tử cung được phân thành 3 loại gồm:

nhẹ, vừa và nặng bằng cách tính điểm mức độ dính và thay đổi tính chất kinh nguyệt.

## CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG DÍNH

Có 5 cơ chế bệnh sinh của dính buồng tử cung đã được công nhận, bao gồm: 1) do tổn thương lớp đáy; 2) do thiếu oxy; 3) do sự phù nề của tổ chức; 4) do sự xơ hóa và hình thành mô sẹo và 5) do sự teo của các tuyến niêm mạc tử cung<sup>[7]</sup>. Hiểu biết về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh ngày càng giúp đưa ra các phương án điều trị và dự phòng phù hợp hơn.

Đối với dự phòng dính, thì các dự phòng “sơ cấp” được đề xuất như thay thế nạo, hút mù buồng tử cung bằng điều trị nội khoa hoặc soi buồng tử cung. Soi buồng tử cung giúp quan sát trực tiếp, chẩn đoán và kết hợp điều trị mang lại hiệu quả cao, nhưng nó cũng vẫn có tỷ lệ tái dính nhất định, phụ thuộc vào loại bệnh lý (dính, vách ngăn, u xơ, sót rau...), phương pháp phẫu thuật (dao điện, kéo), tai biến phẫu thuật và hậu phẫu (chảy máu, nhiễm trùng). Việc sử dụng kéo để cắt dính đã được chứng minh là hiệu quả và có tỷ lệ tái dính ít hơn so với dùng dao điện, nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp của Liqing Yang và cộng sự cho thấy tỷ lệ

tái dính ở nhóm dùng kéo thấp hơn nhóm dao điện với OR: 0,3 và  $p < 0,0005$ ; và lượng máu kinh cải thiện đáng kể với OR: 4,46 và  $p < 0,001$ . Tương tự, dao điện lưỡng cực cũng an toàn và có tỷ lệ tái dính ít hơn dao điện một cực<sup>[9]</sup>.

Bên cạnh đó, các phương pháp và vật liệu chống dính cũng được phát triển, hiện nay có các biện pháp như bóng chèn, màng ối, dụng cụ tử cung bằng đồng hoặc chứa nội tiết, gel chống dính, hormone thay thế hoặc tăng cường tưới máu niêm mạc. Mỗi biện pháp và vật liệu dựa trên các cơ chế khác nhau, do vậy, hiệu quả cũng như lợi ích và bất lợi còn nhiều tranh cãi. Một tổng quan hệ thống trên Cochrane năm 2017 của tác giả Bosteels và cộng sự đã kết luận hiệu quả của việc sử dụng các phương pháp chống dính sau phẫu thuật ở bệnh nhân vô sinh là không chắc chắn do chất lượng bằng chứng thấp. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu “network meta – analysis” của Xiong và cộng sự năm 2020 cho thấy điều trị hormone estrogen và gel là biện pháp có hiệu quả nhất so với các biện pháp khác ở các mức độ dính khác nhau. Sử dụng bóng chèn gây chèn ép niêm mạc, thiếu máu có thể ảnh hưởng tới khả năng phục hồi của niêm mạc cũng như tăng nguy cơ nhiễm trùng do lưu dụng cụ lâu trong buồng tử cung. Dụng cụ tử cung chứa đồng có thể gây viêm niêm mạc tử cung, trong khi dụng cụ tử cung chứa nội tiết có thể ức chế sự phát triển của niêm mạc dẫn tới tổn thương kém phục hồi. Tuy nhiên, mức độ bằng chứng là chưa cao do các nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, chủ yếu là hồi cứu và sử dụng nhiều loại dụng cụ khác nhau.

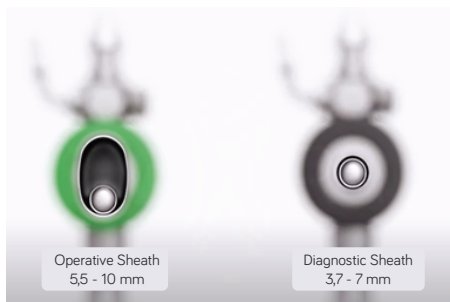
Dù vẫn còn trong giai đoạn nghiên cứu và thử nghiệm, nhưng phương pháp sử dụng tế bào gốc hứa hẹn mang lại lợi ích trong và sau điều trị dính buồng tử cung. Năm 2019, CDC Mỹ đã công nhận liệu pháp tế bào gốc trong điều trị niêm mạc mỏng và hỗ trợ sinh sản.

Bảng 1.

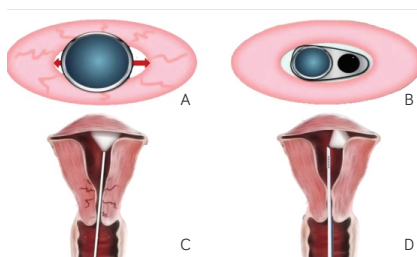
| Phân loại dính buồng tử cung theo ASRM 1988<br>Asherman Syndrome, Fertil Steril 2008. |             |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-------------|
| Mức độ dính                                                                           | <1/3        | 1/3 - 2/3  | >2/3        |
|                                                                                       | 1           | 2          | 4           |
| Loại dính                                                                             | Dài dính    | Dài và dày | Dày         |
|                                                                                       | 1           | 2          | 4           |
| Tính chất kinh                                                                        | Bình thường | Ít         | Vô kinh     |
|                                                                                       | 0           | 2          | 4           |
| Phân loại và tiên lượng                                                               |             |            |             |
| Độ - Tiên lượng                                                                       | Độ 1 - Nhẹ  | Độ 2 - Vừa | Độ 3 - Nặng |
|                                                                                       | 1 - 4       | 5 - 8      | 9 - 12      |

## SOI BUỒNG TỬ CUNG NGOẠI TRÚ

Chính vì những tồn tại nêu trên, soi buồng tử cung ngoại trú cắt dính (office – based hysteroscopy adhesiolysis) cho các bệnh nhân bị dính buồng tử cung mức độ vừa và nhẹ đã được nghiên cứu, phát triển và chứng minh có hiệu quả, an toàn, chi phí thấp cũng như thuận tiện cho bệnh nhân. Dụng cụ soi ngoại trú có kích thước nhỏ, đa dạng, di động và linh hoạt, do vậy giảm sang chấn, giảm đau cho bệnh nhân mà không bắt buộc phải nong cổ tử cung. Camera có góc 30 hoặc 70 độ, có độ phân giải cao, độ phóng đại lớn, màn hình cũng có độ phân giải cao, màu sắc tốt hỗ trợ cho phẫu thuật viên dễ dàng quan sát và thao tác. Bệnh nhân chỉ cần gây tê tại chỗ hoặc gây mê tĩnh mạch kết hợp giảm đau thông thường. Thời gian thực hiện thủ thuật ngắn và bệnh nhân có thể về trong ngày. Hầu hết các tác giả đều sử dụng kéo lạnh để cắt dính, điều này giúp giảm tổn thương do nhiệt, giúp niêm mạc hồi phục tốt hơn.



Hình 1. Hình ảnh minh họa cho thấy kích thước nhỏ của dụng cụ nội soi buồng ngoại trú.



Hình 2. Hình minh họa cho thấy dụng cụ soi buồng tử cung ngoại trú phù hợp với cấu tạo giải phẫu và sinh lý của cổ tử cung.

Khó khăn của nội soi buồng tử cung ngoại trú bao gồm không có hệ thống, trang thiết bị hồi sức đầy đủ như ở phòng mổ, không sử dụng hệ thống điện do đó có thể khó khăn trong việc cầm máu, hiệu quả trong các trường hợp dính nặng hay có tổn thương phức tạp còn tranh cãi. Phẫu thuật viên cũng cần được đào tạo và có kinh nghiệm<sup>[11]</sup>. Nghiên cứu hồi cứu của Williams và cộng sự năm 2020 trên 335 bệnh nhân dính buồng tử cung ở cả 3 mức độ nhẹ, vừa và nặng, kết quả có 92,8% bệnh nhân được thực hiện cắt dính bằng soi buồng tử cung ngoại trú thành công mà không gặp bất kỳ biến chứng gì, 6,3% bệnh nhân không cắt hết dính. Một nghiên cứu hồi cứu khác của Smits và cộng sự (2016) so sánh 2 nhóm bệnh nhân nội soi can thiệp ngoại trú và nội trú, kết quả cho thấy nhóm ngoại trú có thời gian tiến hành trung bình 11 phút (1 – 37 phút), nhóm nội trú thời gian phẫu thuật trung bình là 20 phút (2 – 73 phút). Cả 2 nhóm đều có tỷ lệ không hoàn thành phẫu thuật ở mức thấp (3,9 % ở nhóm ngoại trú so với 2,3 % ở nhóm nội trú,  $p = 0,473$ ) và không gặp bất kỳ tai biến nào liên quan phẫu thuật cũng như gây mê.

Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu đủ mạnh so sánh hiệu quả sau cắt giữa soi buồng tử cung ngoại trú và nội trú (phẫu thuật), đặc biệt đối với cắt dính buồng tử cung và các kết cục thai kỳ sau cắt dính ở nhóm bệnh nhân vô sinh. Tương tự đối với việc đánh giá hiệu quả của các biện pháp/vật liệu chống dính, tái dính. Với các ưu điểm của soi buồng tử cung ngoại trú, cần thêm các nghiên cứu có thiết kế mạnh, cỡ mẫu đủ lớn giúp khẳng định tính an toàn, hiệu quả, chi phí, sự thuận tiện, từ đó giúp đưa ra các khuyến cáo phù hợp cho thực hành lâm sàng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân còn nhu cầu sinh sản.

Mời xem tiếp  
ở trang 16



Tiếp theo bài  
ở trang 11

## DÍNH BUỒNG TỬ CUNG VÀ ĐIỀU TRỊ CẮT DÍNH BẰNG SOI BUỒNG TỬ CUNG NGOẠI TRÚ: AN TOÀN, HIỆU QUẢ VÀ THUẬN TIỆN?

### KẾT LUẬN

Dính buồng tử cung là tai biến hiếm gặp nhưng nặng nề, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản tương lai, việc điều trị còn gặp nhiều thách thức. Nội soi buồng tử cung ngoại trú là thủ thuật an toàn, hiệu quả, thuận tiện cho bệnh nhân, tuy nhiên còn cần nghiên cứu đủ mạnh để khẳng định hiệu quả, độ an toàn, chi phí và thuận tiện cho nhóm bệnh nhân hiếm muộn bị dính buồng tử cung.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Conforti, A., Alviggi, C., Mollo, A. et al. The management of Asherman syndrome: a review of literature. *Reprod Biol Endocrinol.* 2013;11, 118.
2. Xiong Q, Zhang T, Su S. A Network Meta - Analysis of Efficacy of Different Interventions in the Prevention of Postoperative Intrauterine Adhesions. *Clin*

3. Doroftei B, Dabuleanu AM, Ilie OD, Maftai R. Mini - Review of the New Therapeutic Possibilities in Asherman Syndrome - Where Are We after One Hundred and Twenty - Six Years? *Diagnostics (Basel).* 2020 Sep 17;10(9):706.
4. Seshadri S, El - Toukhy T. Diagnostic accuracy of saline infusion sonography in the evaluation of uterine cavity abnormalities prior to assisted reproductive techniques: a systematic review and meta - analyses. *Hum Reprod Update.* 2015 Mar - Apr;21(2):262 - 74.
5. V. Kashyap. Role of 3D transvaginal ultrasound in diagnosing Asherman's syndrome and for follow up on treatment outcomes. *ISOUG.* 2022.
6. Yamamoto N, Takeuchi R, Izuchi D, et al. Hysteroscopic adhesiolysis for patients with Asherman's syndrome: menstrual and fertility outcomes. *Reprod Med Biol.* 2013;12(4):159 - 166.
7. Lee, W., Liu, C. Focus on the Primary Prevention of Intrauterine Adhesions: Current Concept and Vision. *International Journal of Molecular Sciences.* 2021;22(10), 5175.
8. Bosteels J, Weyers S, D'Hooghe TM, Torrance H, Broekmans FJ, Chua SJ, Mol BWJ. Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No: CD011110.
9. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. *Int J Womens Health.* 2019;11:191 - 198. Published 2019 Mar 20.
10. Hooker, A. B., Lemmers, M., Thurkow, A. Systematic review and meta - analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: Prevalence, risk factors and long - term reproductive outcome. *Human Reproduction Update.* 2014; 20(2), 262 - 278.
11. Sanjaghsaz, Hamid et al. Current and future medical, surgical, and interventional approaches to manage Asherman's, Fertility and Sterility, 2022; Volume 118, Issue 4, e225.