

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỖM
NHÔ XƯƠNG CÙNG TRONG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC NỮ
TẠI BỆNH VIỆN XUYÊN Á**

Nguyễn Vĩnh Bình, Phan Đức Hữu, Nguyễn Trường Hoan, Cao Vĩnh Duy,
Võ Đình Bảo, Lê Nguyễn Phú, Chung Ý Nhật Minh, Lê Khải Ngọc,
Huỳnh Hứa Duy Khang, Lê Thanh Phong, Huỳnh Công Thành, Nguyễn Lê Tuyên,
Mai Hoàng Khoa, Huỳnh Nguyễn Trường Vinh, Phạm Hùng Kiên, Đinh Công Thịnh,
Nguyễn Tấn Trung, Nguyễn Ngọc Phương Tâm, Nguyễn Đức Hùng, Phan Huy Thông*
Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á
*Email: nguyenvinhbinh99@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sinh dục là bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi và ảnh hưởng trên sinh hoạt hàng ngày. Điều trị phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp nặng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị sa sinh dục nữ tại Bệnh viện Xuyên Á bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm nhô xương cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân sa sinh dục độ III, IV, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm xương cùng từ 9/2015 – 11/2020. **Kết quả** có 39 trường hợp sa tử cung độ III, 40 trường hợp sa tử cung độ IV, 2 trường hợp sa mỗm cắt âm đạo độ III. Tuổi trung bình $65,8 \pm 14,2$. Thời gian mổ trung bình $174,6 \pm 65,4$ phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình $56,6 \pm 32,9$ ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Có 3 trường hợp sốt sau mổ và một trường hợp có nhiễm trùng và biến cố tim mạch sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình là $11,3 \pm 5,8$ tháng, 7 bệnh nhân không theo dõi được sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công: chung là 72/74 trường hợp chiếm tỷ lệ 97,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm nhô xương cùng có tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị sa sinh dục mức độ nặng. **Từ khóa:** sa sàn chậu, sa sinh dục, sa tạng chậu, cố định sàn chậu vào mỗm nhô.

ABSTRACT

**THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY
FOR TREATMENT OF SEVERE PELVIC ORGANS PROLAPSE
AT XUYEN A HOSPITAL**

Nguyen Vinh Binh, Phan Duc Huu, Nguyen Truong Hoan, Cao Vinh Duy,
Vo Dinh Bao, Le Nguyen Phu, Chung Y Nhat Minh, Le Khai Ngoc,
Huynh Hua Duy Khang, Le Thanh Phong, Huynh Cong Thanh, Nguyen Le Tuyen,
Mai Hoang Khoa, Huynh Nguyen Truong Vinh, Pham Hung Kien, Dinh Cong Thinh,
Nguyen Tan Trung, Nguyen Ngoc Phuong Tam, Nguyen Duc Hung, Phan Huy Thong*
Xuyen A General Hospital

Background: Pelvic organs prolapse is very popular in old women and causes bad quality of life. Surgical treatment is indicated in severe cases. **Objectives:** To evaluate the feasibility, the efficacy and the safety of the laparoscopic sacral colpopexy for treatment of severe genital prolapses in women at Xuyen A hospital. **Materials and methods:** This was a descriptive case series study. Patients with severe genital prolapses (grade III– IV) were chosen. The procedures were transperitoneal laparoscopy from Sept 2015 to Nov 2020. **Results:** 79 prolapses of uterine (39 grade III and 40 grade IV) and 2 prolapses of vaginal cuff (grade III). The patients' mean age was 65.8 ± 14.2 . The mean operative time was 174.6 ± 65.4 minutes. The mean blood loss was 56.6 ± 32.9 ml. The mean hospitalization time was 13.9 ± 10.2 days. We have just followed up 74 patients. With the mean follow-up of 11.3 ± 5.8 month. The success rate 97.3%, the anatomic results were satisfactory

without recurrence in 76 patients (93.8%). **Conclusion:** Sacral colpopexy by laparoscopy is feasible, safe and efficacious for treatment of severe genital prolapses in female.

Keywords: Pelvic organs prolapse; Laparoscopy; Promontofixation; Sacral Colpopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi, có tiền sử sinh đẻ nhiều, béo phì và có các bệnh lý làm tăng áp lực ổ bụng... Bệnh ảnh hưởng trên sinh hoạt hàng ngày, gây các triệu chứng rối loạn ở hệ tiết niệu, tiêu hóa và hoạt động sinh dục. Việc điều trị sa sinh dục có thể điều trị nội khoa bảo tồn (nâng âm đạo, tập cơ sàn chậu, liệu pháp estrogen) trong những trường hợp nhẹ hoặc can thiệp phẫu thuật (đối với những bệnh nhân sa sinh dục độ III, IV) vì những triệu chứng trên cơ quan tiết niệu, tiêu hóa, sinh dục... mà không thể đáp ứng điều trị nội khoa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau được báo cáo bao gồm: mổ mở hay nội soi, tiếp cận ngã bụng hay ngã âm đạo, có hoặc không dùng mảnh ghép nhân tạo. Việc chọn lựa phụ thuộc vào các tạng bị sa, mức độ nặng của tạng sa, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, lựa chọn của người bệnh.

Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng là một phẫu thuật nội soi tiếp cận qua ngã bụng sử dụng mảnh ghép Prolene để cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng. Phương pháp mang lại hiệu quả cao, ít xâm hại, bảo tồn cơ quan (không cần phải cắt bỏ tử cung), có thể đồng thời đưa các tạng về vị trí sinh lý trong sa nhiều cơ quan. Phương pháp được tiến hành đầu tiên vào năm 1994 bởi Nezhat [7]. Hiện nay, có nhiều trung tâm y khoa đã thực hiện, tuy nhiên các bài báo về phương pháp này còn rất ít do tính chất phức tạp bệnh lý có sự chòng chéo của nhiều chuyên khoa. Tại nước ta, hiện rất ít trung tâm triển khai, một số trung tâm mới chỉ bắt đầu triển khai những ca bệnh đầu tiên do tính chất phức tạp của giải phẫu vùng chậu cũng như sự khó khăn của thao tác khâu qua nội soi ở vùng chậu sâu. Tại Bệnh viện Xuyên Á, chúng tôi bắt đầu thực hiện phẫu thuật này vào tháng 9/2015. Có rất ít các bài báo trong nước và cỡ mẫu nghiên cứu trong các bài báo cũng ở số lượng nhỏ. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sa sinh dục nữ tại Bệnh viện Xuyên Á bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục (gồm sa tử cung và sa mỏm cụt âm đạo sau cắt tử cung) độ III và độ IV theo tiêu chuẩn phân độ ICS (1996).

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** những bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục độ III và độ IV theo tiêu chuẩn phân độ ICS (1996) có hoặc không kèm theo sa ngăn trước (bàng quang), sa ngăn sau (trực tràng) hoặc sa ruột non với các triệu chứng lâm sàng: khối sa ra khỏi âm đạo, rối loạn đi tiêu, rối loạn đi tiểu kèm theo. Tất cả các bệnh nhân này đều có kết quả chụp động học MRI xác định có sa sinh dục từ độ III trở lên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân đang có nhiễm trùng cấp tính ở đường tiết niệu và sinh dục; bệnh nhân đang nghi ngờ những bệnh lý ác tính ở cơ quan sinh dục; bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do bệnh lý hô hấp, tim mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Cỡ mẫu: được tính theo công thức: $n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)/d^2$

Với $p=96\%$ (theo nghiên cứu tác giả Rozet (2005) [9] và cộng sự, nghiên cứu phân tích gộp 363 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng, có tỷ lệ thành công sau theo dõi 14,6 tháng là 96%).

Chọn độ tin cậy là 95% và $d = 5\%$ thì $n = 60$

Trong thực tế có 81 bệnh nhân tham gia trong nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, số lần sinh đẻ, BMI, mức độ sa theo phân độ ICS, các sa tạng đi kèm, các triệu chứng rối loạn hệ niệu và tiêu hóa, thời gian mổ, lượng máu mất, chuyển mổ mở, các tai biến và biến chứng trong mổ, thời gian rút dẫn lưu, thời gian hậu phẫu, thời gian nằm viện, các biến chứng muộn sau mổ (lòi mảnh ghép, đau vùng chậu...). Bệnh nhân được hẹn tái khám hàng tháng mỗi 3 tháng đầu, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng và mỗi năm trong suốt thời gian nghiên cứu để theo dõi các biến chứng và tỷ lệ thành công của phẫu thuật. Thành công: bệnh nhân hết hoặc giảm độ sa tạng vùng chậu < độ II theo POP-Q. Thất bại: mức độ sa tạng vùng chậu không thay đổi hoặc tái sa tạng sau phẫu thuật.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Chúng tôi tiến hành thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu phía trước và sau tử cung vào dây chằng dọc của móm nhô xương cùng với 2 mảnh ghép prolene. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng 4 trocar, 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm, giai đoạn đầu phẫu thuật chúng tôi dùng chỉ vicryl 2.0 để cố định mảnh ghép vào sàn chậu (mục đích để thao tác khâu mảnh ghép) nhưng do có trường hợp thất bại sau mổ nên các ca sau đó chúng tôi sử dụng chỉ prolene 2.0. Mảnh ghép phía trước được luồn xuống phía sau qua dây chằng rộng. Qua đó cả 2 mảnh ghép được luồn dưới phúc mạc qua đường hầm tạo sẵn để cố định với dây chằng dọc của móm nhô xương cùng. Chúng tôi tiến hành khâu 2 mảnh ghép với dây chằng dọc bằng 3 mũi chỉ, 1 mũi chỉ vicryl 1.0 và 2 mũi chỉ prolene 1.0. Tất cả chỗ mở phúc mạc đều được khâu lại bằng vicryl 2.0. Chúng tôi không quan niệm cắt tử cung trong mổ và cũng không chủ trương tiến hành đồng thời các phẫu thuật khác sửa các sa ngăn trước và ngăn sau vì nhiều trường hợp những rối loạn này sẽ cải thiện chỉ với phẫu thuật cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2015 đến tháng 11/2020 chúng tôi có 81 bệnh nhân sa sinh dục từ độ III trở lên được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	81
Tuổi trung bình	65,8 ± 14,2 (51-80)
Sa móm cụt	2 (2,5%)
Sa tử cung	79 (97,5%)
BMI (kg/m ²)	21,5 ± 4,2 (18-28).
Số lần sinh đẻ trung bình	4,2 ± 1,8 (2-6).

Nhận xét: Bệnh nhân có tuổi trung bình 65,8 ± 14,2, có 2,5% bệnh nhân sa móm cụt, đến 97,5% bệnh nhân sa tử cung, BMI đạt giá trị trung bình là 21,5 ± 4,2 kg/m² và số lần đẻ của các bệnh nhân dao động từ 2 đến 6 lần sinh.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng trên hệ tiết niệu	24 trường hợp	29,6%
Triệu chứng khó chịu do khối sa khỏi âm đạo	75 trường hợp	92,6%
MRI	sa môm cụt âm đạo độ III 2 trường hợp	2,5%
	sa tử cung độ III 39 trường hợp	48,1%
	sa tử cung độ IV 40 trường hợp	49,4%
	sa ngăn trước và ngăn sau đi kèm ở mức độ nhẹ (độ I, II) 28 trường hợp	34,5%

Nhận xét: 29,6% bệnh nhân có triệu chứng trên hệ tiết niệu; có đến 92,6% bệnh nhân có triệu chứng khó chịu do khối sa âm đạo và kết quả MRI bệnh nhân sa sinh dục độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%.

3.2. Đánh giá kết quả

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình	174,6 ± 65,4 phút (120 – 295)
Lượng máu mất trung bình	56,6 ± 32,9 ml (10 – 200)
Thời gian rút dẫn lưu trung bình	2,4 ± 2,3 ngày (2-7)
Thời gian hậu phẫu trung bình	11,2 ± 9,8 ngày (5-49)
Thời gian nằm viện trung bình	13,9 ± 10,2 ngày (7- 52)
Thời gian theo dõi trung bình	11,3 ± 5,8 tháng (7 bệnh nhân không theo dõi được sau phẫu thuật)

Nhận xét: Các bệnh nhân có thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian rút dẫn lưu, thời gian hậu phẫu và nằm viện dao động khác nhau. Có 7 bệnh nhân không theo dõi được sau phẫu thuật, các bệnh nhân còn lại được theo dõi trung bình 11,3 ± 5,8 tháng.

Tỷ lệ thành công và các biến chứng:

Bảng 4: Tỷ lệ thành công và biến chứng

Tỷ lệ thành công	79/81 trường hợp	97,5%
Sa tái phát	2 trường hợp	2,5%
Chuyển mô mỡ	3 trường hợp	3,7%
Thoát vị thành bụng	1 trường hợp	1,2%
Biến chứng trong mổ	0 trường hợp	0%
Biến chứng muộn	0 trường hợp	0%
Sốt sau mổ	3 trường hợp	3,7%
Sa độ I sau mổ	2 trường hợp	2,5%
Sa độ II sau mổ	4 trường hợp	5%

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật này là 97,5%. Các biến chứng trong mổ và biến chứng muộn đều không ghi nhận. Trong 3 trường hợp chuyển mô mỡ có 1 trường hợp ghi nhận thoát vị thành bụng về sau. 2 bệnh nhân ghi nhận sa tái phát vào tháng thứ 3 khi tái khám do bứt chỗ khâu. Không ghi nhận biến chứng muộn, hầu hết các rối loạn đi tiêu và đi tiểu đều cải thiện sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung:

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình 65,8 ± 14,2 tuổi, với số lần sinh đẻ trung bình 4,2 ± 1,8 lần có đặc điểm phù hợp với mẫu số nghiên cứu ở những bệnh nhân sa tạng chậu là

những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử sinh nở nhiều. Đa phần có triệu chứng trên các hệ cơ quan sinh dục, tiết niệu và tiêu hóa. Triệu chứng thường gặp nhất là khó chịu do khối sa ra khỏi âm đạo (92.6%).

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Tỷ lệ thành công: Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 97,3% (72/74, có 7 bệnh nhân không theo dõi được sau mổ), tỷ lệ tái phát là 2,5% với thời gian theo dõi trung bình 11,3 tháng, 7 bệnh nhân không tiếp tục theo dõi ở tháng thứ 3. So với các nghiên cứu khác: Bacle (2011) [5] với n = 501, ghi nhận tỉ lệ tái phát 11,5% với thời gian theo dõi trung bình 37,2 tháng. Sabagh (2010) [10] tỷ lệ tái phát là 10,8% với thời gian theo dõi trung bình 60 tháng, Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2] với n = 21, chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên số bệnh nhân tái khám không đầy đủ (5 trường hợp ở tháng thứ 6, 2 trường hợp ở tháng thứ 12, Đỗ Nguyên Phương (2010) [3] với n = 34 trường hợp thì chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên không ghi rõ thời gian theo dõi trong bao lâu. Nguyễn Văn Ân (2014) [1] với n = 24, tỉ lệ tái phát 15,8% với thời gian theo dõi trung bình 20,9 tháng. Có thể thấy tỷ lệ thành công và tỷ lệ tái phát tương đương so với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân tái phát là do trong những ca đầu chúng tôi sử dụng chỉ vicryl (mục đích là dễ thao tác khâu qua nội soi) để khâu mảnh ghép vào sàn chậu và móm nhô, cả 2 trường hợp bục chỗ khâu vào tháng thứ 2 và tháng thứ 3 sau mổ, những trường hợp sau chúng tôi sử dụng prolene để khâu không ghi nhận hiện tượng này.

Các rối loạn trên hệ tiêu hóa và tiết niệu đều cải thiện tốt sau mổ. Với tỷ lệ thành công tương đương các tác giả trong và ngoài nước cho thấy phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng mang lại hiệu quả cao trong điều kiện hiện tại.

Tính khả thi: Chúng tôi so sánh kết quả phẫu thuật của chúng tôi cùng với các tác giả trong và ngoài nước cùng thực hiện phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô. *Paraiso* (2005) [8] báo cáo 56 bệnh nhân: thời gian mổ trung bình 269 phút, lượng máu mất trung bình 172 ml, thời gian nằm viện trung bình 1,8 ngày, 1 trường hợp phải chuyển mổ mở (1,8%). *Agarwala* (2007) [1] báo cáo 74 trường hợp sa móm cụt âm đạo hoặc sa tử cung độ III - IV: lượng máu mất trung bình 25 ml (25 – 150), 2 trường hợp phải chuyển mổ mở (2,7%), *Bacle* (2011) [5] báo cáo 501 trường hợp bị sa tạng chậu độ III – IV: thời gian mổ trung bình 97,4 phút, thời gian nằm viện trung bình 3,7 ngày, tỉ lệ tai biến trong mổ 1,7%. *Mustafa* (2012) [6] báo cáo 47 trường hợp các bệnh nhân sa tạng chậu độ II - IV thời gian mổ trung bình 196 phút cho 15 trường hợp đầu tiên, 162 phút cho những trường hợp sau, 2 trường hợp phải chuyển mổ mở (4%). *Nguyễn Bá Mỹ Nhi* (2010) [2] báo cáo 21 trường hợp tại BV Từ Dũ: thời gian mổ 85 – 220 phút, 1 trường hợp (4,7%) bị tai biến rách tĩnh mạch trước xương cùng mất 200 ml máu trước khi khâu cầm máu được, thời gian nằm viện từ 2 – 9 ngày. *Đỗ Nguyên Phương* (2010) [3] báo cáo 34 trường hợp tại BV Chợ Rẫy: thời gian mổ trung bình 234,2 phút, lượng máu mất trung bình 92,1 ml, 1 trường hợp tai biến trong mổ là tụ máu vùng móm nhô (2,9%), biến chứng sớm sau mổ gồm 1 trường hợp rò nước tiểu kéo dài (2,9%) và nhiễm trùng vết mổ 6 trường hợp (17,6%), thời gian nằm viện trung bình 7,76 ngày. *Nguyễn Văn Ân* (2014) [1] báo cáo 24 trường hợp, không có trường hợp nào bị tai biến trong lúc mổ, không có trường hợp phải chuyển mổ mở, thời gian mổ trung bình 168 phút, lượng máu mất trung bình 36,4 ml, thời gian nằm viện trung bình 4,2 ngày. *Nghiên cứu của chúng tôi* ghi nhận thời gian mổ là 174 phút, lượng máu mất là 56,6ml tương đương với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước khác. Tuy nhiên thời gian hậu phẫu (11,2 ngày) và thời gian nằm viện (13,9 ngày) kéo dài hơn so với các nghiên cứu khác,

lý do chúng tôi có 1 trường hợp sau mổ nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân chậm có nhu động ruột và có biến cố tim mạch sau mổ khiến thời gian nằm viện kéo dài đến 52 ngày và thời gian hậu phẫu kéo dài đến 49 ngày, trường hợp này xảy ra trên bệnh nhân 76 tuổi và có yếu tố tim mạch trước đó được đánh giá đầy đủ nguy cơ với các chuyên khoa tim mạch, hô hấp và tiền mê. Cuộc mổ diễn ra rất thuận lợi khoảng 125 phút nhưng biến cố tim mạch xảy ra ở hậu phẫu. Do đó cần thận trọng chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh nền kèm theo.

Có 3 trường hợp chuyển mổ mở, cả 3 trường hợp BMI đều trên 24,2 kg/m². Hai trường hợp do ruột và mạc treo đồ nhiều xuống vùng chậu chúng tôi không bộc lộ tốt vùng chậu thuật qua nội soi. Trường hợp còn lại do chỗ chia động mạch và tĩnh mạch chủ bụng nằm ngay trên móm nhô không thể khâu qua nội soi, chúng tôi tiến hành mổ mở vén mạch máu sang bên để khâu vào dây chằng dọc trước xương cùng.

Với các kết quả trên cho thấy việc thực hiện phẫu thuật này an toàn và khả thi trong điều kiện của bệnh viện chúng tôi

Những biến chứng

Biến chứng sớm: chúng tôi có 1 trường hợp có biến cố tim mạch sau mổ ở bệnh nhân 76 tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch trước đó như đã mô tả, bệnh nhân ổn định sau đó tuy nhiên thời gian nằm viện kéo dài đến 52 ngày. Ba trường hợp có sốt sau mổ tuy nhiên điều trị ổn định hoàn toàn sau đó với kháng sinh phổ rộng. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ.

Biến chứng muộn: có 1 trường hợp đau vùng chậu kéo dài đến 3 tháng sau mổ phải sử dụng giảm đau và kháng viêm kéo dài, không ghi nhận các biến chứng lộ mảnh ghép. Tuy nhiên so với các nghiên cứu khác như Stepanian (2008) [11] (n=402, tỉ lệ lộ mảnh ghép 1,2%), Bacle (2011) [5] (n=501, tỷ lệ lộ mảnh ghép là 2,4%) ... thì số liệu còn ít nên cần cỡ mẫu lớn hơn để có nhìn nhận tổng thể hơn.

Việc cắt tử cung hay bảo tồn tử cung trong sa sinh dục

Hiện tại việc cắt tử cung hay không vẫn còn đang bàn cãi, những năm về trước, việc cắt tử cung trong sa sinh dục thường được chọn lựa bởi các nhà sản phụ khoa như Stepanian, Miklos và Moore với quan điểm luôn luôn cắt tử cung [11]. Một nghiên cứu năm 2008 của các tác giả này với cỡ mẫu 402 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cố định sản chậu vào móm nhô có 272 trường hợp đã được cắt tử cung từ trước, 130 trường hợp được cắt tử cung trong phẫu thuật.

Tuy nhiên, khuynh hướng hiện tại nhiều tác giả lựa chọn quan điểm bảo tồn tử cung. Chứng minh cho quan điểm không cần cắt bỏ tử cung là qua kết quả các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công tương đương mà bệnh nhân không phải chịu kéo dài thời gian mổ và chịu rủi ro do phẫu thuật cắt tử cung. Hiện có rất ít báo cáo về loại phẫu thuật này, tuy nhiên đa phần các nghiên cứu được báo cáo đều ủng hộ quan điểm bảo tồn tử cung như: Agarwala (2007) [1], Sabbagh (2010) [10], ... trong nước các tác giả đều thống nhất quan điểm bảo tồn tử cung như Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2], Đỗ Nguyên Phương (2010) [3], Nguyễn Văn Ân (2014) [1].

Quan điểm của chúng tôi là bảo tồn tử cung và kết quả cho thấy tỷ lệ thành công tương đương.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sản chậu vào dây chằng dọc trước móm nhô xương

cùng trong điều trị sa sinh dục nữ mức độ nặng có tỷ lệ thành công là 97,3%, phẫu thuật có tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân, Võ Trọng Thanh Phong, Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, Ngô Đại Hải, Phạm Phú Phát (2014) Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào móm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. *Y học TP HCM*. 18(1) 424-429.
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phan Thị Nga, Văn Phụng Thống, Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hồ Kỳ Thu Nguyệt, Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2011) Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật treo tử cung vào móm nhô xương qua nội soi ổ bụng trong điều trị sa tử cung tại bệnh viện Từ Dũ. *Y học TP HCM*. 14(2), 89-95.
3. Đỗ Nguyên Phương, Trần Quang Phúc, Nguyễn Thị Nga, Châu Quý Thuận, Trần Trọng Trí, Trần Ngọc Sinh (2010) Phẫu thuật nội soi ổ bụng gây tổn thương nặng hệ tiết niệu. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 375, 554-557.
4. Agarwala N, Hasiak N, Shade M (2007) Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material--experience and results. *J Minim Invasive Gynecol*. 14 (5), 577-583.
5. Bacle J, Paptoris AG, Bigot P et al (2011) Laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse: A 10-year single center experience in a series of 501 cases. *Int J Urol*. 18, 821-826.
6. Mustafa S, Amit A, Filmar S, Deutsch M, Netzer I, ItskovitzEldor J. Lowenstein (2012) Implementation of laparoscopic sacrocolpopexy: establishment of a learning curve and shortterm outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 286 (4), 983-988.
7. Nezhat et al (1994) Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*. 84(5), 885-888
8. Paraiso MFR, Walters MD, Rackley RR, Melek S, Hugney C (2005) Laparoscopic and abdominal sacral colpopexies: A comparative cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192, 1752-1758.
9. Rozet F, Mandron E, Arroyo C, et al (2005). Laparoscopic sacral colpopexy approach for genito-urinary prolapse: experience with 363 cases. *Eur Urology*;47:230-236.
10. Sabbagh R, Mandron E, Piussan J, Brychaert PE and Le MT (2010) Long-term anatomical and functional results of laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapsed. *BJU Int*. 106, 861-866.
11. Stepanian AA, Miklos JR, Moore RD, and Mattox TF (2008) Risk of Mesh Extrusion and Other Mesh-Related Complications After Laparoscopic Sacral Colpopexy with or without Concurrent Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy: Experience of 402 Patients. *J Minim Invasive Gynecol*. 15, 188-196

(Ngày nhận bài: 20/03/2021 – Ngày duyệt đăng: 24/6/2021)