

**NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ
BẰNG PHẪU THUẬT ĐẶT MẢNH GHÉP ĐƯỜNG ÂM ĐẠO
TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG NĂM 2020-2021**

**Trần Thụy Khánh Vân^{1*}, Trần Khánh Nga²
Trần Quang Hiền¹, Lưu Thị Thanh Đào²**

1. Bệnh viện Sản Nhi An Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bskhanhvan@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa tạng chậu nữ là bệnh lý gây ảnh hưởng lớn đến tâm lý, sinh hoạt và lao động của phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ và tiền mãn kinh, mãn kinh. Vấn đề điều trị sa tạng chậu nữ đặt ra cho các bác sĩ làm cách nào tốt nhất để bảo tồn các cấu trúc và các cơ quan vùng chậu, và làm cách nào để gia cố sự nâng đỡ cho các cơ quan vùng chậu thật hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 47 sản phụ được chẩn đoán sa tạng chậu độ 3 trở lên, được phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang. **Kết quả:** độ tuổi trung bình mắc bệnh sa tạng chậu là 48,2 đến 75,8 tuổi, sinh 3-4 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 46,8%, triệu chứng thường gặp trong sa tạng chậu nữ là tiểu nhiều lần chiếm tỉ lệ 63,8%. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật tê tủy sống chiếm 91,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 65,9-118,3 phút. Lượng máu mất trung bình khi phẫu thuật là 14,7-125,7ml. Không tổn thương trực tràng và bàng quang khi mổ. Thời gian nằm viện <7 ngày chiếm tỉ lệ 82%. Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng-3 tháng-6 tháng chưa phát hiện biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Phương pháp đặt mảnh ghép đường âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ đáp ứng mong muốn giải quyết được khối sa ở âm đạo âm hộ cho phụ nữ mà vẫn giữ lại được các cơ quan vùng chậu-nhất là tử cung. Trong 47 trường hợp nghiên cứu không có trường hợp nào bị biến chứng trong cuộc mổ và sau mổ. Tỉ lệ thành công của phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ theo đánh giá bước đầu là 100%. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn ít và thời gian đánh giá còn ngắn, cần đánh giá thêm trên nhiều bệnh nhân và trong khoảng thời gian dài hơn nữa.

Từ khóa: Sa tạng chậu nữ, mảnh ghép, đặt mảnh ghép đường âm đạo.

ABSTRACT

THE STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF THE SYNTHETIC MESH SURGERY BY VAGINAL ROUTE TO FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE AT AN GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2020-2021

Tran Thuy Khanh Van^{1}, Tran Khanh Nga*

Tran Quang Hien, Luu Thi Thanh Dao

1. An Giang Obstetrics & Pediatrics Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Female pelvic organ prolapse (POP) is a gynecology condition that causes a significant effect distress on the psyche, the daily living and work of young, pre-menopausal, or menopausal women. Therefore, it is a challenge to gynecologist to find the best solution to maintain structures and organs of pelvichachieve this goal, while also restoration restore of adequate pelvic support. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of the synthetic mesh surgery by vaginal route to female POP at An Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2020-2021. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 47 women diagnosed of grade 3 or higher POP, with or without symptoms. These patients underwent the pelvic reconstructive surgery using the synthetic mesh by transvaginal approach at An Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The average age that acquired POP was between 48.2 to 75.8 years old, case that birth 3-4 times was significantly highest 46.8%, the common symptom in female pelvic organ prolapse is frequent urination accounting for 63.8%. Spinal anesthesia method accounted for a high percentage of 91.5%. The average time of operation was 65.9 - 118.3 minutes. The average amount of blood loss was 14.7-125.7ml. None of cases had bladder and rectum injury. Hospital-stay under 7 days is about 82%. Comprehensive follow-up after surgery 1 and 3 and 6 months did not detect any complications. **Conclusion:** The use of synthetic mesh in surgery for pelvic reconstruction of POP is an ideal and viable management of POP that also retain the majority of pelvic organs- especially the uterus. In 47 cases studied, there were no cases of complications during and after surgery. The rate of success post-operative of synthetic mesh in surgery for pelvic reconstruction through vagina was approximately 100%. However, the small sample size and short evaluation time required further evaluation in more patients and over longer periods of time.

Keywords: Pelvic organ prolapse; synthetic mesh; the synthetic mesh surgery by vaginal route

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng chậu (POP: Pelvic organ prolapse, hay trước đây gọi là Sa sinh dục (SSD) được xem là sự tụt xuống của tử cung, bàng quang, trực tràng, thành trước, thành sau âm đạo...khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ, dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu [1]. Những năm qua, mảnh ghép tổng hợp đã được đưa vào ứng dụng trong phẫu thuật nâng sàn chậu, với mục đích nâng đỡ tử cung và gia cố các dây chằng của vùng đáy chậu, và đã cho kết quả tốt [4]. Ưu điểm của nó là có khả năng phân tán các lực cơ học lên diện rộng, duy trì sức chịu đựng với áp lực của ổ bụng lên các cân và/hoặc các cơ bị suy yếu và không bị giãn ra theo thời gian [4],[7].

Tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang, bắt đầu triển khai phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo để điều trị cho bệnh nhân bị sa tạng chậu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sa tạng chậu nữ bằng phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2020-2021” với mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở phụ nữ sa tạng chậu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang.

2. Đánh giá kết quả điều trị sa tạng chậu nữ bằng phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 47 bệnh nhân sa tạng chậu độ 3 trở lên có triệu chứng hoặc không có triệu chứng, được phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang từ 1/2020 đến tháng 5/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Sa tạng chậu độ 3 trở lên, có triệu chứng hoặc không triệu chứng, và không kèm theo bệnh lý khác ở vùng chậu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có các bất thường ở vùng chậu không do sa tạng chậu gây ra.

- Có chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp âm đạo:

+ Đang có các bệnh lý ở vùng chậu không do sa tạng chậu gây ra: viêm nhiễm, ung thư, đang xạ trị vùng chậu...

+ Các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật

+ Nghiện thuốc lá nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu, $Z=1,96$, khi độ tin cậy 95%, mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

P: Tỉ lệ thành công của phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp trong sa tạng chậu nữ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Vinh tỉ lệ thành công là trên 90% [7]. Chọn sai số cho phép $d=0,1$.

Thế vào công thức trên ta có $n=34,5744$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 35 trường hợp.

Chúng tôi thu thập được 47 trường hợp sa tạng chậu đặt mảnh ghép đường âm đạo.

* Nội dung nghiên cứu

- Chúng tôi ghi nhận các trường hợp sa tạng chậu gồm lý do vào viện, tuổi, tiền thai, tiền căn sản phụ khoa, mức độ sa tạng chậu, các rối loạn sa tạng chậu; vấn đề phẫu thuật gồm loại mảnh ghép, phương pháp vô cảm; thời gian phẫu thuật; lượng máu mất; tai biến và biến chứng của phẫu thuật, thời gian nằm viện, diễn tiến của hậu phẫu; theo dõi sau phẫu thuật ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông qua bộ bảng thu thập số liệu.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 47 trường hợp sa tạng chậu độ 3-4 có triệu chứng hoặc không có triệu chứng được phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng ở sản phụ sa tạng chậu có chỉ định phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phân bố theo tuổi

Bảng 1. Độ tuổi ở sản phụ sa tạng chậu

Tuổi	Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
< 50	1	2,1
50 - < 60	11	23,4
≥ 60	35	74,5
Trung bình	67± 8,8 (nhỏ nhất là 43 tuổi- lớn nhất 83 tuổi)	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 67± 8,8 tuổi, bệnh nhân ≥ 60 tuổi là cao nhất với 74,5%, tuổi thấp nhất là <50 tuổi (2,1%). Trẻ nhất là 43 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi.

- Số lần sinh:

Bảng 2. Số lần sinh

Số lần sanh thường	Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
< 3 lần	7	14,9
3 – 4 lần	22	46,8
5 – 6 lần	11	23,4
≥ 6 lần	7	14,9
Tổng	47	100,0

Nhận xét: bệnh nhân có số lần sinh từ 3-4 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 46,8%, trong đó, tất cả bệnh nhân đều sinh thường, sinh từ < 3 lần chiếm 14,9%. Có 3 bệnh nhân sinh 1 lần và bị sa cổ tử cung; sinh từ 5-6 lần có 11 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,4%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Đặc điểm triệu chứng lâm sàng sa tạng chậu

Bảng 3. Khám lâm sàng sa tạng chậu

Đặc điểm khám lâm sàng		Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng đau bụng dưới	Nhiều	1	2,1
	Trung bình	6	12,8
	Đau ít	1	2,1
	Không đau	39	83,0
Sự xuất hiện khối sa	Thường xuyên	39	83,0
	Không thường xuyên	2	4,2
	Khi đi lại nhiều hoặc gắng sức	6	12,8
Rối loạn tiểu tiện	Tiểu tồn lưu > 150 ml	16	34,1
	Tiểu nhiều lần	30	63,8
	Tiểu không tự chủ	1	2,1
Rối loạn đi tiêu	Tiêu không hết	1	2,2
	Tiêu khó	7	15,2
	Không	38	82,6

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng hay gặp trong bệnh sa tạng chậu về cơ năng là tiểu nhiều lần chiếm 63,8%, rối loạn đại tiện dạng tiêu khó chiếm 15,2%; thường xuyên xuất hiện khối sa chiếm 83,0%, nhưng đa phần các bệnh nhân không ghi nhận tình trạng đau bụng dưới chiếm 83,0%.

3.2. Điều trị sa tạng chậu bằng phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp

3.2.1. Các phương pháp vô cảm trong phẫu thuật

Bảng 4. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
Gây tê tùy sống	43	91,5%
Gây mê nội khí quản	4	8,5%

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có 43 bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tùy sống chiếm tỷ lệ 91,5%, chỉ có 4 bệnh nhân phải gây mê nội khí quản chiếm 8,5%.

3.2.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật trung bình

Thời gian mổ	Trung bình	nhỏ nhất	lớn nhất
Thời gian phẫu thuật trung bình	97,1 ± 21,2	50	130

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 97,1 ± 21,2 phút, trong đó ca mổ nhanh nhất diễn ra trong 50 phút là đặt mảnh ghép thành trước âm đạo đơn thuần. Ca mổ kéo dài nhất trong 130 phút là ca đặt mảnh ghép cả hai thành âm đạo.

3.2.3. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 6. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật

Lượng máu (ml)	Trung bình	nhỏ nhất	nhiều nhất
Lượng máu mất trong phẫu thuật	70,2 ± 55,5	10	400

Nhận xét: Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 70,2 ± 55,5 ml, trong đó ca mổ mất ít máu nhất là 10 ml đặt mảnh ghép thành trước âm đạo đơn thuần. Ca mổ mất nhiều máu nhất là 400ml trong ca đặt mảnh ghép cả hai thành âm đạo.

3.2.4. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Bảng 7. Phân bố tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Các tai biến, biến chứng	Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Tổn thương bàng quang	0	0
	Tổn thương trực tràng	0	0
	Tụ máu	0	0
Biến chứng sau mổ	Tiểu tồn lưu	0	0
	Nhiễm trùng nơi phẫu thuật	0	0
	Lộ mảnh ghép	0	0
	Xói mòn	0	0
Tổng		47	0

Nhận xét: Không có tai biến xảy ra trong mổ cũng như biến chứng sau mổ.

3.2.5. Thời gian nằm viện:

Bảng 8. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
< 7	41	82,0%
≥ 7	9	18,0%
Thời gian trung bình	6,1 ± 1,9 (nhỏ nhất là 5 ngày- cao nhất là 13 ngày)	

Nhận xét: thời gian nằm viện từ < 7 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 82,0%, ≥ 7 ngày có 9 trường hợp chiếm 18,0% và thời gian hậu phẫu trung bình là 6,1 ± 1,9 ngày.

3.2.6. Tình trạng sau khi ra viện (tái khám sau phẫu thuật 1 tháng-3 tháng-6 tháng):

Bảng 9. Tình trạng khi đến tái khám sau phẫu thuật 1 tháng-3 tháng-6 tháng

Biến chứng sau ra viện		Số lượng (n=47)	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng		47	100%
Triệu chứng rối loạn tiêu		0	0
Triệu chứng rối loạn tiêu hóa		0	0
Lộ mảnh ghép		0	0
Xói mòn		0	0
Giao hợp đau		0	0
Triệu chứng khi giao hợp	Không có bất thường	11	23,4
	Chưa giao hợp	36	76,6
	Tổng	47	100

Nhận xét: Trong số 47 bệnh nhân được phẫu thuật đặt mảnh ghép, không có bệnh nhân nào bị lộ mảnh ghép sau mổ, có 11 bệnh nhân đã giao hợp lại sau phẫu thuật trước khi đến tái khám, và không có bất thường khi giao hợp.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Một số đặc điểm lâm sàng chủ yếu trong sa tạng chậu nữ****4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là $67 \pm 8,8$ tuổi. Nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi, chiếm 74,5%, tiếp theo là nhóm bệnh nhân từ 50-60 tuổi, chiếm 23,4%, tuổi dưới 50 tuổi chiếm ít nhất 2,1%. Kết quả của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cộng sự (2011) với độ tuổi trung bình ở 132 bệnh nhân là 57 ± 10 tuổi [4]. Sự khác biệt này có thể do đây là nghiên cứu tiến hành tại thành phố lớn, các yếu tố con người, nghề nghiệp, văn hóa-xã hội, tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế của bệnh nhân tốt hơn so với địa bàn tỉnh An Giang.

4.1.2. Số lần sinh con

Bệnh nhân sinh từ 3-4 lần có 22 trường hợp, chiếm 46,8%; tiếp theo là nhóm bệnh nhân sinh từ 5-6 lần, là 23,4%; bệnh nhân sinh < 3 lần và > 6 lần là 14,9%. Bệnh nhân sinh nhiều lần nhất là 11 lần, bệnh nhân sinh ít nhất là 1 lần. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Huyền (2017) ghi nhận phụ nữ có 3-4 lần sinh là cao nhất chiếm 56,2% [3]; kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) với tỷ lệ nhóm sinh từ 3-4 lần chỉ chiếm 25,1% [8].

4.1.3. Các triệu chứng thường gặp trong sa tạng chậu nữ

Trong 47 bệnh nhân được phẫu thuật, 30 bệnh nhân có triệu chứng tiểu nhiều lần kèm theo, chiếm 63,8%. Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thanh Tâm (2008) với 148/383 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Từ Dũ bị tiểu không kiểm soát, trong đó có 77/383 phụ nữ bị tiểu không kiểm soát khi gắng sức, chiếm 20% [5].

4.2. Kết quả ban đầu điều trị sa tạng chậu bằng đặt mảnh ghép đường âm đạo**4.2.1. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật**

Kết quả ghi nhận có 43 bệnh nhân được vô cảm trong phẫu thuật bằng gây tê tủy sống chiếm 91,5%, chỉ có 4 bệnh nhân phải gây mê nội khí quản; trong đó có 2 bệnh nhân được chuyển phương pháp do gây tê không thành công, có 2 bệnh nhân phải gây mê nội khí quản do bệnh lý tim mạch. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) [8].

4.2.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình với phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo là $97,1 \pm 21,2$ phút, trong đó, ca phẫu thuật nhanh nhất là đặt mảnh ghép thành trước âm đạo, diễn ra trong 50 phút, ca phẫu thuật kéo dài lâu nhất là 130 phút, đây là một ca đặt mảnh ghép cả hai thành âm đạo. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), thời gian đặt mảnh ghép thành trước âm đạo là 32 ± 24 phút; thời gian đặt mảnh ghép thành sau âm đạo là 48 ± 14 phút; thời gian đặt mảnh ghép cả hai thành âm đạo là 73 ± 16 phút [4]. Như vậy thời gian trung bình phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo ở Bệnh viện Sản Nhi An Giang dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi có thể do kỹ thuật này còn mới mẻ đối với các bác sĩ của Bệnh viện.

4.2.3. Lượng máu mất trong phẫu thuật:

Kết quả ghi nhận lượng máu mất trung bình là $70,2 \pm 55,5$ ml. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) lượng máu mất khi đặt mảnh ghép thành sau là 41 ± 22 ml, thành trước là 46 ± 22 ml và cả hai thành là 56 ± 23 ml [4]. Trong nghiên cứu này lượng máu mất khi thực hiện mỗi loại phẫu thuật cao hơn so với của Nguyễn Bá Mỹ Nhi có thể do kỹ thuật bóc tách niêm mạc âm đạo của các phẫu thuật viên ở bệnh viện chưa thuần thục bằng các bệnh viện tuyến trung ương.

4.2.4. Tai biến và biến chứng trong mổ:

Trong 47 trường hợp được phẫu thuật, nhóm nghiên cứu không phát hiện những tổn thương trực tràng và bàng quang trong mổ, điều này phù hợp với ghi nhận của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) không có trường hợp nào bị tổn thương ruột, bàng quang và trực tràng khi đặt mảnh ghép đơn thuần đường âm đạo [4]. Tương tự, chúng tôi chưa ghi nhận tai biến sau mổ như chảy máu, tụ máu sau mổ hay tổn thương bàng quang- trực tràng phát hiện muộn. Có 11 bệnh nhân đã quan hệ tình dục sau mổ 6 tháng và ghi nhận không có biến chứng đau khi giao hợp.

4.2.5. Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện < 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 83,0%, thời gian nằm viện > 7 ngày chiếm tỷ lệ 17%. Thời gian nằm viện trung bình là $5,9 \pm 0,8$ ngày. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Huyền (2017) với thời gian nằm viện trung bình là $6,1 \pm 1,87$ ngày [3] và nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) với thời gian nằm viện trung bình là $5,63 \pm 2,32$ ngày [8].

4.2.6. Tình trạng sau khi xuất viện (tái khám sau phẫu thuật 1 tháng-3 tháng-6 tháng):

Các bệnh nhân được đặt mảnh ghép đều được hẹn tái khám định kỳ sau 1 tháng- 3 tháng- 6 tháng phẫu thuật hoặc bất cứ khi nào có những triệu chứng bất thường để phát hiện sớm những biến chứng như lộ mảnh ghép, giao hợp đau hay đau tiểu khung quá mức, cũng như phát hiện tái phát sa tạng chậu sau phẫu thuật. Chúng tôi không có trường hợp nào lộ mảnh ghép sau phẫu thuật, biểu hiện bằng việc không có bất thường khi giao hợp của bản thân người bệnh cũng như bạn tình. Kết quả trong nghiên cứu này gần như tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) với 4/111 ca bị lộ mảnh ghép ở thành trước âm đạo, chiếm tỷ lệ 3,03% [4].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong sa tạng chậu nữ: Tuổi trung bình của sa tạng chậu nữ là 67 tuổi, sinh từ 3 con là 85,1%. Triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân sa tạng chậu là tiểu nhiều lần chiếm 63,8%. Bên cạnh đó, có 15,2% bệnh nhân có rối loạn đại tiện dạng tiêu khó.

Kết quả điều trị: vô cảm gây tê tùy sống chiếm 91,5%. Thời gian phẫu thuật là $97,1 \pm 21,2$ phút. Lượng máu mất là $70,2 \pm 55,5$ ml. Thời gian nằm viện là $6,1 \pm 1,9$ ngày. Không có tai biến trong phẫu thuật, trong thời gian hậu phẫu, sau phẫu thuật 1 tháng- 3 tháng- 6 tháng. Có 23,4% bệnh nhân có giao hợp và ghi nhận không có triệu chứng bất thường. Tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ đạt 100%.

KIẾN NGHỊ

1. Điều trị sa tạng chậu cần được đánh giá cách toàn diện tùy theo mức độ sa tạng chậu, tuổi, bệnh nội ngoại khoa kết hợp, số con, nhu cầu sinh con tiếp theo hoặc bảo tồn tử cung của người bệnh để quyết định phương pháp điều trị thích hợp

2. Việc quyết định điều trị bảo tồn tử cung cho bệnh sa tạng chậu bằng đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo là phương pháp mới là phương pháp tương đối khả quan, giúp người phẫu thuật viên có thêm lựa chọn trong chiến lược điều trị cho người bệnh.

3. Cần có thêm đánh giá lâu dài hơn về hiệu quả của phương pháp này, nghiên cứu về điều trị kết hợp với phẫu thuật đặt mảnh ghép đường âm đạo để giảm thiểu tai biến, giảm tối thiểu tỷ lệ bệnh nhân bị sa tạng chậu tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), “Sa các tạng vùng chậu”, *Phác đồ điều trị Sản phụ khoa*, tr. 264-276.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2020), *Kiến thức và kỹ năng cơ bản về bệnh lý Sản chậu*.
3. Hoàng Thị Thu Huyền (2017), “Bước đầu đánh giá phẫu thuật điều trị Sa tạng chậu tại trung tâm Sản chậu Bệnh viện Phụ sản Trung ương”, *Luận văn thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
4. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), “Đánh giá bước đầu phẫu thuật điều trị Sa tạng chậu nữ có đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện Từ Dũ”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tr.3-9
5. Nguyễn Thị Thanh Tâm (2008), “Tỷ lệ tiểu không kiểm soát và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mãn kinh”, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú*, trường Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thị Vĩnh Thành (2013), “Hiệu quả đặt vòng nâng pessary điều trị Sa tạng chậu nữ tại Bệnh viện Từ Dũ: đặc điểm và các yếu tố thành công”, *Nội soi Sản chậu*, Hội nghị Việt-Pháp 2013.
7. Nguyễn Trung Vinh (2015), *Sản Chậu Học*, Nhà xuất bản Y Học.
8. Seng Sam Ath (2011), “Đánh giá phẫu thuật crossen trong điều trị sa tạng chậu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm”, *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

(Ngày nhận bài: 14/7/2021 - Ngày duyệt đăng: 24/8/2021)
