

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA
BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNG GHÉP
CỐ ĐỊNH ÂM ĐẠO VÀO MỖM NHÔ TRONG ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Trịnh Hoài Ngọc^{1}, Hồ Thị Thu Hằng²*

1. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

2. Sở Y Tế Vĩnh Long

**Email: bshoainoc@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô ngày càng phổ biến trong điều trị sa tạng chậu vì có thể cải thiện mức độ sa cũng như chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm bệnh nhân sa tạng chậu; (2) Đánh giá kết quả và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sa tạng chậu được phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 33 trường hợp sa tạng chậu theo hệ thống Pelvic Organ Prolapse-Quantification (POP-Q), được phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ 3/2021 – 3/2022. Đánh giá kết quả theo POP-Q và chất lượng cuộc sống theo Pelvic Floor Distress Impact-20 (PFDI-20) và Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7) sau 6 tuần và 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,8, thời gian phẫu thuật trung bình là 128 phút, lượng máu mất trung bình là 40ml. Biến chứng chảy máu chiếm 3%, lộ mảnh ghép 3% và đau sau xương cụt chiếm 6,1%. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 93,9%. Điểm Ba, C và Bp giảm từ 2,2, 2,3 và 1,3 còn -2,9, -4,5 và -3,0 sau phẫu thuật. Điểm PFDI-20 cải thiện từ 122 còn 68 và điểm PFIQ-7 từ 134 còn 72 sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô là phẫu thuật an toàn, có tỷ lệ thành công cao, cải thiện được mức độ sa và chất lượng cuộc sống của phụ nữ sa tạng chậu.

Từ khóa: Sa tạng chậu, nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô, chất lượng cuộc sống.

ABSTRACT

**RESULTS OF LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY
FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE
AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL**

Trịnh Hoài Ngọc^{1}, Hồ Thị Thu Hằng²*

1. Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital

2. Vinh Long Department of Health

Background: Laparoscopic sacrocolpopexy is an increasingly popular for pelvic organ prolapse because it can improve the degree of prolapse and quality of life of women. **Objective:** 1) To describe the characteristics of patients with pelvic organ prolapse; 2) To evaluate outcome and quality of life of women with pelvic organ prolapse after laparoscopic sacrocolpopexy at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study on 33 cases of pelvic organ prolapse who underwent laparoscopic sacrocolpopexy at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from March 2021 to March 2022. **Results:** The mean age was 60.8 years, the average surgery time was 128 minutes, the average blood loss was 40ml. Bleeding complications accounted for 3%, mesh exposure 3% and sacral pain 6.1%. The success rate of surgery was 93.9%. Ba, C and Bp point changed from 2.2, 2.3 and 1.3 to -2.9, -4.5 and -3.0 post-operatively. PFDI-20 score improved from 122 to 68 and PFIQ-7 score from 134 to 72 post-operatively. **Conclusion:** Laparoscopic sacrocolpopexy is efficacy for pelvic organ prolapse, can improve the degree of prolapse and the quality of life of women.

Keywords: Pelvic organ prolapse, laparoscopic sacrocolpopexy, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa các tạng trong vùng chậu là sự tụt xuống của một hay nhiều cơ quan vùng chậu (tử cung, bàng quang, trực tràng, ruột non) ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường. Nguyên nhân phân lớn là do sinh đẻ nhiều, lao động nặng, tăng áp lực ổ bụng do béo phì hoặc bệnh lý mãn tính. Phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt là sau khi mãn kinh do sự sụt giảm estrogen làm dẫn và suy yếu các cơ vùng chậu [8]. Theo Jokhio và cộng sự (2020) hơn 64% phụ nữ mãn kinh có tình trạng sa tạng vùng chậu, trong đó có 37,8% sa độ III hoặc độ IV có chỉ định điều trị [5]. Sa tạng chậu (STC) có nhiều biểu hiện lâm sàng, trong đó chủ yếu là các nhóm triệu chứng: đường tiết niệu, tình dục, hậu môn trực tràng. Sa tạng chậu là một bệnh lý không nguy hiểm tính mạng nhưng gây ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người phụ nữ [1].

Có nhiều phương pháp điều trị STC bao gồm các phương pháp ngoại khoa và nội khoa. Tuy nhiên, các phương pháp cổ điển như cắt tử cung ngã âm đạo, khâu bó âm đạo hiệu quả điều trị không cao và có nhiều biến chứng. Năm 1991, Wattiez A là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp cố định âm đạo vào mỏm nhô xương cùng để điều trị sa tử cung và bàng quang [8]. Từ đó đến nay, phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị STC với tỉ lệ thành công từ 74 – 98% [10]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) cho kết quả thành công của phẫu thuật đặt mảnh ghép theo POP-Q là 100% [2]. Theo Mourad (2019), phẫu thuật không những cải thiện độ sa mà còn cải thiện đáng kể CLCS sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm [7]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Kết quả phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô trong điều trị sa tạng chậu tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ”.

Mục tiêu nghiên cứu

- Mô tả đặc điểm bệnh nhân sa tạng chậu tại BVPSTPCT.
- Đánh giá kết quả và sự cải thiện CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép cố định âm đạo vào mỏm nhô trong điều trị STC tại BVPSTPCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân có sa cả 3 tạng bàng quang, tử cung, trực tràng được nhập BVPSTPCT từ tháng 3/2021 – 3/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≤ 70 tuổi.
- Sa cả 3 tạng: bàng quang, tử cung, trực tràng từ độ I trở lên, trong đó có ít nhất 1 tạng sa từ độ II theo POP-Q kèm triệu chứng (tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tiểu khó, tiểu lắt nhắt, đau trần hạ vị, táo bón, tiêu không kiểm soát).
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang viêm loét khối sa.
- Bệnh nhân có những yếu tố nghi ngờ bệnh phụ khoa ác tính.
- Bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi: bệnh suy tim nặng, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân không thể tái khám theo lịch hẹn.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiền cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ với $Z=1,96$, $p=0,98$ là tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào môm nhô trong điều trị STC theo nghiên cứu của tác giả Zhang (2017) [9], $d=0,05$.

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

Tính được $n=30$, dự kiến mất dấu 10% nên cần 33 đối tượng tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân STC: Tuổi, triệu chứng lâm sàng, mức độ STC theo POP-Q, CLCS dựa vào bộ câu hỏi Pelvic Floor Distress Impact-20 (PFDI-20) và Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7).

Đánh giá kết quả trong thời gian nằm viện bao gồm: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến và biến chứng gần của phẫu thuật. Ngày 2 sau phẫu thuật khám đánh giá lại độ sa theo POP-Q.

Đánh giá kết quả vào thời điểm 6 tuần và 3 tháng gồm: POP-Q, biến chứng xa của phẫu thuật: lộ mảnh ghép, đau sau xương cụt, tái phát. Đánh giá CLCS theo PFDI-20 và PFIQ-7 vào thời điểm 3 tháng để so sánh với trước khi phẫu thuật.

Tiêu chuẩn thành công: được định nghĩa là không sa từ độ II trở lên theo POP-Q trong vòng 6 tuần sau phẫu thuật, nếu sa từ độ II trở lên sau 6 tuần được gọi là sa tái phát. Phẫu thuật thất bại khi có 1 trong các trường hợp: sa từ độ II trong vòng 6 tuần sau phẫu thuật, chuyển mổ mở, máu mất > 500ml, có tai biến nặng: thủng bàng quang, thủng trực tràng [7].

Cách tính điểm CLCS theo PFDI-20 và PFIQ-7 [1], [3]: Bộ câu hỏi PFDI-20 gồm 20 câu hỏi về các triệu chứng liên quan đến rối loạn chức năng sàn chậu trong 3 tháng gần nhất. Ứng với mỗi triệu chứng bệnh nhân có thể trả lời 1 trong 4 mức ảnh hưởng: không ảnh hưởng, ít, trung bình và nhiều lần lượt đánh số 1,2,3,4. Bộ câu hỏi PFIQ-7 có 21 câu, trong đó có 3 câu về ảnh hưởng đến thể chất (câu 1,2,4), 2 câu ảnh hưởng đến hoạt động xã hội (3,5) và 2 câu về mặt cảm xúc (6,7). Không ảnh hưởng điểm là 0, ảnh hưởng ít là 1, trung bình là 2 và ảnh hưởng nhiều là 3. Tổng điểm dao động từ 0-300, điểm số càng cao thì CLCS càng thấp.

Phương pháp xử lý thống kê: xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân sa tạng chậu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sa tạng chậu

Đặc điểm	Trung bình và tần số (%)
Tuổi	60,8 ± 8,9
BMI (kg/m ²)	n = 33
- 18,5 - < 23	24 (72,7%)
- 23 - < 25	5 (15,2%)
- ≥ 25	4 (12,1%)
Triệu chứng lâm sàng	n = 33
- Thấy khối sa ra ngoài	14 (42,4%)
- Trầm nặng hạ vị	6 (18,2%)

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 53/2022

Đặc điểm	Trung bình và tần số (%)
- Tiêu khó	13 (39,4%)
Độ sa theo POP-Q	n = 33
- Độ II	2 (6%)
- Độ III	24 (72,7%)
- Độ IV	7 (21,3%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 60,8 tuổi. BMI \geq 25 chiếm tỉ lệ 12,1%. Triệu chứng chính là thấy khối sa ngoài âm hộ và tiêu khó chiếm 81,8%. Sa độ III chiếm 72,7%, chỉ có 6% sa mức độ II.

3.2. Đánh giá kết quả và sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật trong thời gian nằm viện

Kết quả phẫu thuật	Trung bình và tần số (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	128 \pm 27
- < 120	12 (36,4%)
- 120 – 179	18 (54,5%)
- \geq 180	3 (9,1%)
Chảy máu (ml)	40 \pm 76
- Ít nhất	30
- Nhiều nhất	150
Tai biến và biến chứng gần	n = 33
- Chảy máu (> 100ml)	1 (3%)
- Tổn thương bàng quang	0
- Tổn thương trực tràng	0
- Tụ dịch ổ bụng	0
- Nhiễm trùng vết mổ	0
- Ứ đọng nước tiểu > 100ml	2 (6%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 128 phút, hầu hết dưới 180 phút chiếm 90,9%. Máu mất trung bình dưới 100ml. 3 trường hợp tai biến trong và ngay sau phẫu thuật, trong đó 1 trường hợp máu mất > 100ml và 2 trường hợp ứ đọng nước tiểu chiếm 9,1%.

Bảng 3. Tỉ lệ thành công và biến chứng xa của phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	n = 33			
Tỉ lệ thành công	93,9% (31/33)			
Biến chứng xa	Tái khám sau 6 tuần n=33		Tái khám sau 3 tháng n=33	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
- Lộ mảnh ghép	1	3%	0	0
- Ứ đọng nước tiểu	0	0	0	0
- Tiêu không kiểm soát	0	0	0	0
- Đau sau xương cùng	1	3%	1	3%
- Tái phát	0	0	1	3%

Nhận xét: Tỉ lệ thành công của phẫu thuật là 93,9% (31/33 trường hợp). Vào thời điểm 6 tuần sau phẫu thuật, có 3% lộ mảnh ghép và 3% đau xương cùng. Vào thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật biến chứng đau sau xương cùng là 3% và tái phát là 3%.

Bảng 4. Cải thiện mức độ sa sau phẫu thuật 3 tháng

Sa cơ quan theo POP-Q	Trước phẫu thuật (cm)	Sau phẫu thuật 3 tháng (cm)	p
Sa bàng quang (Ba)	2,2	-2,9	<0,01*
Sa tử cung (C)	2,3	-4,5	<0,01*
Sa trực tràng (Bp)	1,3	-3,0	<0,01*

**Pair Simple T-Test*

Nhận xét: Tất cả các điểm số POP-Q đều thay đổi đáng kể sau phẫu thuật. Điểm C cải thiện nhiều nhất từ 2,3 trước phẫu thuật giảm còn -4,5 sau 3 tháng. Các điểm Ba và Bp cũng cải thiện lần lượt trước và sau phẫu thuật 3 tháng lần lượt là (2,2; -2,9) và (1,3; -3).

Bảng 5. Thay đổi chất lượng cuộc sống trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Chất lượng cuộc sống	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 3 tháng	p
PFDI-20	122,6	68,2	< 0,01*
PFIQ-7	134,3	72,4	< 0,01*

**Pair Simple T-Test*

Nhận xét: CLCS thay đổi đáng kể sau phẫu thuật PFDI-20 từ 122,6 giảm xuống 68,2 sau 3 tháng, tương tự như vậy điểm số PFIQ-7 cũng giảm từ 134,3 xuống 72,4 với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân sa tạng chậu

Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu là phụ nữ lớn tuổi, đã mãn kinh. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) và Phan Diễm Đoàn Ngọc (2016) cũng cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân STC là 60 tuổi. Đây cũng là độ tuổi mà các cấu trúc nâng đỡ sàn chậu đã suy yếu cũng như lượng estrogen sụt giảm nghiêm trọng [1], [2].

Sa độ III chiếm 72,3%, chỉ có 2 trường hợp sa độ II. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi khi sa độ III chiếm 75% [2]. Nguyên nhân là do khi sa độ III theo POP-Q, khối sa sẽ nằm ra ngoài màng trinh ít nhất 1cm, mức độ này sẽ khiến người phụ nữ cảm thấy khó chịu, cũng như ở độ III thì các triệu chứng tiểu khó, tràn nặng bụng dưới sẽ xuất hiện nhiều hơn, là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám [1].

4.2. Đánh giá kết quả và sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

4.2.1. Kết quả của phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 128 phút. Kết quả này tương đương với các tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) là 122 phút [2], Mourad (2019) và Zhao (2020) lần lượt là 109 và 125,6 phút [7], [10]. Như vậy thời gian trung bình cho 1 phẫu thuật phức tạp như nội soi cố định âm đạo vào móm nhô là 120 đến 180 phút.

Máu mất trong phẫu thuật đa số dưới 100ml, tỉ lệ chảy máu > 100ml chiếm 3%. Nghiên cứu của Ghaleb (2021) tỉ lệ này là 1,25%, tuy nhiên lượng máu mất trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 150ml, trong khi của tác giả Ghaleb là trên 300ml [4]. Tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) không ghi nhận trường hợp nào máu mất trên 100ml trong 132 trường hợp nội soi đặt mảnh ghép cố định sàn chậu vào móm nhô [2]. Nhìn chung tỉ lệ mất máu trong phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào móm nhô trong các nghiên cứu là không cao và lượng máu mất không đáng kể.

Có 2 trường hợp ứ đọng nước tiểu > 100ml chiếm 6%. Biến chứng này trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) là 12%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tác

giả này cho rằng trong quá trình phẫu thuật nếu đặt mảnh ghép quá căng sẽ dẫn đến nghẹt cổ bàng quang gây bí tiểu, và cần phải phẫu thuật lại để nới lỏng mảnh ghép [2]. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được đặt mảnh ghép không căng. 2 trường hợp ứ đọng nước tiểu có thể do thay đổi giải phẫu của trực bàng quang - âm đạo so với trước phẫu thuật cũng như bệnh nhân còn đau sau mổ. Cả 2 trường hợp này đã được tập bàng quang thành công và không cần phẫu thuật lại.

Về biến chứng xa có 1 trường hợp lộ mảnh ghép chiếm tỉ lệ 3% sau 6 tuần. Biến chứng này cũng được ghi nhận ở mức thấp như nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012) là 3% phát hiện sau 3 tháng [2], và của tác giả Lucy (2019) là 1,5%, được phát hiện vào các thời điểm 19, 21 và 34 tháng sau phẫu thuật [6]. Theo Lucy, lộ mảnh ghép thường xuất hiện trong phẫu thuật ngã âm đạo vì vết rạch nằm trong âm đạo, dễ nhiễm trùng nên mảnh ghép có xu hướng gây xói mòn lên chính vị trí này. Còn trong phẫu thuật nội soi, đường rạch nằm trong ổ bụng, ít nguy cơ nhiễm trùng do đó biến chứng xói mòn cũng không còn nhiều như trong phẫu thuật ngã âm đạo [6]. Biến chứng lộ mảnh ghép được xử lý bằng cách cắt lọc ngã âm đạo và bôi estrogen tại chỗ, 2 trường hợp đau sau xương cùng được điều trị bằng thuốc giảm đau, cả 3 trường hợp này đều không để lại di chứng về sau [7].

Tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 93,9% (31/33 trường hợp). Theo Zhang (2017), phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép cố định âm đạo vào mỏm nhô có tỉ lệ thành công lên đến 98% [9]. Tỉ lệ thành công cũng đạt trên 90% như trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi và Mourad [2], [7].

4.2.2. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

CLCS trước phẫu thuật của bệnh nhân ở mức thấp với các điểm số PFDI-20 và PFIQ-7 lần lượt là 122,6 và 134,3. Theo Phan Diễm Đoàn Ngọc (2016) và Barber (2005), điểm số PFDI-20 và PFIQ-7 càng cao thì CLCS càng thấp [1], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 điểm PFDI-20 và PFIQ-7 đều giảm đáng kể sau 3 tháng. Cụ thể điểm PFDI-20 giảm từ 122,6 xuống 68,2 tương đương 44,4% và điểm PFIQ-7 giảm từ 134,3 còn 72,4 tương đương 46,1%, cả 2 mức giảm này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới như của tác giả Mourad (2019) điểm số PFDI-20 thay đổi từ 173 còn 59 tương đương 65,9% và PFIQ-7 giảm từ 174 còn 62 tương đương 66% sau phẫu thuật 6 tháng [7], mức độ giảm ở cả 2 thang điểm đều nhiều hơn trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng điểm số PFDI-20 và PFIQ-7 sau phẫu thuật lại tương đương nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Barber (2005), điểm số PFDI-20 giảm 59% (từ 121,6 còn 50,2) và PFIQ-7 giảm 36,9% (từ 125,8 còn 78,4) sau phẫu thuật 3 tháng, mức giảm của thang điểm PFDI-20 nhiều hơn chúng tôi nhưng mức giảm của PFIQ-7 lại ít hơn. Và cũng theo Barber (2005), CLCS được xem là có cải thiện khi điểm PFDI-20 giảm trên 45 điểm (15%) và PFIQ-7 giảm trên 36 điểm (12%) so với trước phẫu thuật [3]. Áp dụng tiêu chuẩn này thì có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các tác giả trên thì mức giảm của PFDI-20 đều giảm trên 15% và PFIQ-7 giảm trên 12%. Như vậy, CLCS đều được cải thiện sau phẫu thuật điều trị sa tạng chậu.

V. KẾT LUẬN

Sa tạng chậu có chỉ định phẫu thuật chủ yếu xảy ra ở phụ nữ trên 60 tuổi. Mức độ sa trước phẫu thuật đa số ở mức độ III và IV chiếm 94%.

Tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào mỏm nhô là 93,9%. Tỉ lệ tai biến và biến chứng từ 3-9% và đều ở mức độ nhẹ. Điểm Ba thay đổi từ 2,2 còn -2,9

sau phẫu thuật, điểm C và Bp giảm từ 2,3 và 1,3 xuống -4,5 và -3,0. Điểm PFDI-20 giảm từ 122 còn 68 và điểm PFIQ-7 từ 134 còn 72 sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Diễm Đoan Ngọc (2016), "*Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sa tạng chậu đến khám tại bệnh viện Từ Dũ*", NXB Y học TP HCM, 20(1), tr.227-234.
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012), "Nhận xét bước đầu sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị ngoại khoa bệnh lý sa tạng chậu nữ tại Bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Phụ Sản* 10(2), tr.228-236.
3. Barber M., Walter M. & Bump R. (2005), "Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7)", *American journal of obstetrics and gynecology*, 193 pp.103-113.
4. Ghaleb M., et al (2021), "Abdominal pectopexy vs. abdominal sacral hysteropexy as conservative surgeries for genital prolapse: A randomized control trial", *GinPolMedProject*, 3(61) pp.1-7.
5. Jokhio A.H., Rizvi R.M. & MacArthur C. (2020), "Prevalence of pelvic organ prolapse in women, associated factors and impact on quality of life in rural Pakistan: population-based study", *BMC Women's Health*, 20(1) pp.82-88.
6. Lucy D., et al (2019), "Laparoscopic sacrocolpopexy (LSCP) using an ultra-lightweight polypropylene mesh", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, X 2 1000008.
7. Mourad S., et al (2019), "Safety and effectiveness of laparoscopic sacrocolpopexy as the treatment of choice for pelvic organ prolapse", *Arab Journal of Urology*, 17, pp.30-39.
8. Wattiez A., et al (2001), "Promontofixation for the treatment of prolapse. *Urologic Clinics of North America*", 28(1) pp.151-157.
9. Zhang P., et al (2017), "Effectiveness of Laparoscopic Sacral Colpopexy for Pelvic Organs Prolapse Diseases", *Chinese medical journal*, 130(18) pp.2265-2266.
10. Zhao Y., et al (2020), "Robotic-assisted laparoscopic sacrocolpopexy: Initial Canadian experience", *Can Urol Assoc J*, 14(6) pp.257-263.

(Ngày nhận bài: 24/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 2/9/2022)
