

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ
PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG Ở PHỤ NỮ BẰNG
PHẪU THUẬT ĐẶT GIÁ ĐỠ NÂNG BÀNG QUANG QUA LỖ BỊT
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Nguyễn Lâm Thế Vinh^{1}, Trần Huỳnh Tuấn¹, Đàm Văn Cường²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Nam Cần Thơ

**Email: 19310410694@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa bàng quang là tình trạng xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng giữ cho các tạng vùng chậu ở đúng vị trí, khi đó bàng quang sa theo thành trước âm đạo. Sa bàng quang thường ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, khi đó cần phải can thiệp phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sa bàng quang bằng phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 46 bệnh nhân nữ sa bàng quang độ II trở lên theo thang điểm POP-Q, được phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/2020 đến

12/2021. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân, tuổi trung bình $65,5 \pm 8,7$ (38-82), đa số bệnh nhân đều mãn kinh 95,7%, số lần sinh con 3-4 lần chiếm tỉ lệ cao nhất (65,2%), 100% bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới. Thời gian trung bình của phẫu thuật là $49,1 \pm 6,5$ phút (35-60). Kết quả điều trị tốt đạt 100%. Không ghi nhận tai biến trong mổ và sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt điều trị sa bàng quang là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. Kỹ thuật mổ đơn giản, ít xâm hại, hiệu quả cao và ít biến chứng. Trong 46 trường hợp nghiên cứu không có trường hợp nào gặp biến chứng trong mổ và sau mổ, tỉ lệ thành công bước đầu theo đánh giá là 100% tuy nhiên cần tiếp tục thực hiện và đánh giá lại với thời gian dài và số liệu lớn hơn.

Từ khóa: Sa bàng quang, giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL FEATURES AND EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF THE WOMEN CYSTOCELE BY USING TRANSOBTURATOR SUBVESICAL MESH AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Lam The Vinh^{1*}, Tran Huynh Tuan¹, Dam Van Cuong²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Nam Can Tho University

Background: A cystocele is a condition in which supportive tissues around the bladder and vaginal wall weaken and stretch, allowing the bladder and vaginal wall to fall into the vaginal canal. Cystocele can have a negative impact on the quality of life, affecting daily functioning by causing the symptoms like feeling of pressure or sensation that something is bulging or about to come out of the vagina, infection or low urinary symptoms then the surgical treatment is required.

Objectives: To describe the clinical feature and evaluate the treatment result of the woman cystocele by using transobturator subvesical mesh. **Materials and methods:** This is a cross-sectional descriptive study of 46 female patients with cystocele grade II or higher (POP-Q) between 2020 Jan to 2021 December at The Hospital of Cantho University of Medicine and Pharmacy and Can Tho Central General Hospital that treated by using transobturator subvesical mesh. **Results:** There were 46 patients. The mean age was 65.5 ± 8.7 (38-82), rate of menopause patient is 95.4%, case that birth 3-4 times is significantly highest 65.2%, 100% patient has LUTS. The mean time of operative was 49.1 ± 6.5 min (35-60). The success rate of good recovery (based on POP-Q scale and low urinary symptoms) is 100%. No complications occurred during surgery and after surgery. **Conclusion:** Transobturator subvesical mesh is highly feasible, safe and effective for the treatment of cystocele. This procedure is simple, mini invasive with low morbidity and high effective. In 46 case studied, there were no cases of complications during and after surgery. The rate of success post-operative of transobturator subvesical mesh surgery was approximately 100%. Meanwhile, it should be continued to perform and evaluate the result with long time and larger data.

Keyword: Cystocele, transobturator subvesical mesh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang là tình trạng xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng giữ cho các tạng vùng chậu ở đúng vị trí, khi đó bàng quang sa theo thành trước âm đạo. Sa bàng quang thường ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân do gây nên

các triệu chứng nặng tức vùng hạ vị, tăng sinh môn, nhiễm khuẩn hay viêm loét âm đạo, nhiễm khuẩn đường tiểu hay triệu chứng đường tiểu dưới, khi đó cần phải can thiệp phẫu thuật.

Ở Việt Nam, một số tác giả như: Nguyễn Văn Ân [1], Nguyễn Bá Mỹ Nhi [2], Nguyễn Trung Vinh [5]... vẫn đang điều trị sa bàng quang bằng giá đỡ nhân tạo mang đến hiệu quả cao và ít tai biến, biến chứng, và sự hài lòng của người bệnh. Qua tham khảo và nghiên cứu nhiều tài liệu y văn trong nước và quốc tế, chúng tôi lần đầu tiên thực hiện nghiên cứu phương pháp phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt điều trị sa bàng quang ở phụ nữ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ với mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sa bàng quang đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và đánh giá kết quả phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt điều trị sa bàng quang ở phụ nữ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nữ được chẩn đoán sa bàng quang độ II trở lên theo thang điểm POP-Q tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và khoa Ngoại Thận-tiết niệu Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, không kèm theo sa ngăn giữa và ngăn sau mức độ nặng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Hệ thống POP-Q được sử dụng trong sa cơ quan đáy chậu được phát triển vào năm 2001, trong đó mặt phẳng của mào trinh được quy ước là 0, nằm trên mào trinh sẽ có giá trị âm và nằm dưới mào trinh sẽ mang giá trị dương [11]. Phân độ cụ thể trong bảng sau:

Bảng 1. Phân độ sa bàng quang theo hệ thống POP-Q [11]

Độ sa	Đặc điểm
Độ 0	Không có khối sa
Độ I	Điểm thấp nhất của thành âm đạo <-1cm
Độ II	Điểm thấp nhất của thành âm đạo >-1cm nhưng <1cm
Độ III	Điểm thấp nhất của thành âm đạo >1cm nhưng <(tv1-2)
Độ IV	Điểm thấp nhất của thành âm đạo >(tv1-2)

Chú thích: tv1: total vaginal length là độ dài của thành âm đạo

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các bệnh nội khoa nặng đi kèm, có chống chỉ định với phẫu thuật, bệnh nhân đang có tình trạng viêm nhiễm hoặc các bệnh lý ác tính của âm hộ và các cơ quan vùng chậu, bệnh nhân có kèm sa ngăn giữa và sa ngăn sau mức độ nặng, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 46 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân được thu thập thông tin trên bệnh án nghiên cứu: Tuổi, số lần sinh con, tình trạng kinh nguyệt, mức độ sa bàng quang; vấn đề phẫu thuật gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến và biến chứng của phẫu thuật thời gian nằm viện, theo dõi kết quả phẫu thuật ở 3 thời điểm: ngay sau mổ, sau 1 tháng và sau 6 tháng.

- **Phương pháp phẫu thuật:** Bệnh nhân được gây tê tùy sống, nằm tư thế sản khoa. Rạch thành trước âm đạo, bóc tách thành bàng quang. Xuyên kim qua lỗ bịt đặt mesh 4 nhánh theo kỹ thuật không căng.



Hình 1. Lược đồ phẫu thuật đặt giá đỡ nhân tạo nâng bàng quang qua lỗ bịt (Nguồn: Jack C.W., Joanna M.T.) [9]

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dữ liệu được nhập liệu bằng Microsoft Excel và xử lý bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 46 trường hợp sa bàng quang độ II trở lên được phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 2. Phân bố theo tuổi

Tuổi	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
<50	1	2,2%
50-<60	9	19,6%
≥60	36	78,2%
Trung bình	65,5±8,7 (38-82)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 65,5. Bệnh nhân trẻ nhất là 38 tuổi và lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất với 78,2%, thấp nhất là nhóm dưới 50 tuổi với tỉ lệ 2,2%.

Bảng 3. Số lần sinh con qua ngã âm đạo

Số lần sinh	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
<3 lần	15	32,6%
3-4 lần	30	65,2%
>4 lần	1	2,2%
Tổng	46	100

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 49/2022

Nhận xét: Tất cả 46 bệnh nhân đều có tiền sử sinh thường. Bệnh nhân có số lần sinh qua ngã âm đạo từ 3-4 lần chiếm tỉ lệ cao nhất với 65,2%, bệnh nhân sinh dưới 3 lần chiếm tỉ lệ 32,6% và bệnh nhân sinh trên 4 lần là 3%.

Bảng 4. Tình trạng kinh nguyệt

Biên số	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
Mãn kinh	44	95,7 %
Chưa mãn kinh	2	4,3 %
Tổng	46	100 %

Nhận xét: Trong số 46 trường hợp nghiên cứu, đa số bệnh nhân đều đã mãn kinh với tỉ lệ 95,7% (44/46 trường hợp).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
Đau tức vùng hạ vị	Có	35 76,1 %
	Không	11 23,9 %
Sự xuất hiện khối sa bàng quang	Thường xuyên	36 78,3%
	Khi gắng sức	10 21,7%
Triệu chứng đờng tiểu dưới	Tiểu tồn lưu (>100ml)	30 65,2%
	Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	10 21,7%
	Són tiểu gấp	1 2,2%
	Tiểu khó	39 84,8%

Nhận xét: Bệnh nhân sa bàng quang có triệu chứng tiểu khó chiếm 84,8%, đa phần các bệnh nhân đều có triệu chứng đau tức vùng hạ vị 76,1%. Đa số bệnh nhân có triệu chứng thường xuyên xuất hiện khối sa bàng quang chiếm tỉ lệ 78,3%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 6. Đặc điểm chung của phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị trung bình	Khoảng
Thời gian phẫu thuật	49,1 ± 6,5 (phút)	35-60 (phút)
Thời gian nằm viện	3,2 ± 0,5 (ngày)	3-5 (ngày)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 49,1 ± 6,5 phút, ca mổ ngắn nhất là 35 phút và dài nhất là 60 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 3,2 ± 0,5 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và nhiều nhất là 5 ngày.

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật sau mổ

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
Độ sa bàng quang	Độ 0	43	93,5%
	Độ I	3	6,5%
	Độ II trở lên	0	0
Triệu chứng rối loạn tiểu tiện	Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	1	2,2%
	Tiểu tồn lưu	1	2,2%
	Són tiểu gấp	0	0%

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 49/2022

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ (%)
		Tiểu khó	1

Nhận xét: Độ sa bàng quang sau mổ không ghi nhận trường hợp nào sa bàng quang độ II trở lên, sau mổ ghi nhận 1 trường hợp vẫn còn tiểu tồn lưu chiếm tỉ lệ 2,2%, 1 trường hợp còn tiểu khó chiếm tỉ lệ 2,2%, không ghi nhận các trường hợp có triệu chứng rối loạn tiểu tiện khác, 1 trường hợp tiểu không kiểm soát khi gắng sức chiếm tỉ lệ 2,2%.

Bảng 8. Tình trạng tái khám sau 1 tháng – 6 tháng

Triệu chứng sau ra viện		Số lượng (n=46)		Tỉ lệ %	
		1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Độ sa bàng quang	Độ 0, Độ I	46	46	100%	100%
	Độ II trở lên	0	0	0%	0%
Tiểu khó		1	0	2,2%	0%
Không biến chứng		45	46	97,8%	100%
Tổng		46	46	100 %	100 %

Nhận xét: Trong số 46 bệnh nhân nghiên cứu, sau tái khám 1 tháng ghi nhận có 1 trường hợp tiểu khó chiếm tỉ lệ 2,2%. Sau 6 tháng, 46 trường hợp không có biến chứng nào chiếm 100%. Không có bệnh nhân nào sa bàng quang từ độ II trở lên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Tuổi của đối tượng nghiên cứu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhỏ nhất là 38 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi, nhóm tuổi trên 60 chiếm ưu thế. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 65,5 tuổi, số liệu của chúng tôi tương đương báo cáo của N.V.Ân là 64 tuổi [1], Stephen B. Young là 62 tuổi [12] Fekete (2018) là 62 tuổi [8]. Sa bàng quang tăng theo độ tuổi của phụ nữ và theo y văn đã ghi nhận sa bàng quang thường gặp ở những phụ nữ lớn tuổi và nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi.

- **Tình trạng kinh nguyệt:** Đa số phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đã mãn kinh (95,7%). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Pooja, trong số những phụ nữ được chẩn đoán sa bàng quang tại Ấn Độ chiếm đa số là phụ nữ đã mãn kinh với tỉ lệ 72,34% [10]. Trong thời kỳ mãn kinh do thiếu hụt estrogen, hệ thống mô liên kết nâng đỡ vùng đáy chậu bị suy yếu làm sa bàng quang dễ xảy ra ở thời kỳ này.

- **Số lần sinh qua ngã âm đạo:** Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số lần sanh qua ngã âm đạo từ 3-4 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 65,2% (30 TH), và 2,2% (1 TH) phụ nữ sinh nhiều lần nhất là 5 lần. Kết quả của chúng tôi tương tự theo nghiên cứu của N.V.Ân, số lần sinh con ở các bệnh nhân có sa bàng quang mức độ nặng là 3 [1]. Chấn thương cơ đáy chậu do mang thai nhiều lần đã được chứng minh là yếu tố chính gây phát triển sa bàng quang .

- **Các triệu chứng thường gặp trong sa bàng quang:** Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiểu khó với 84,8% (39 TH), và 100% bệnh nhân đều có triệu chứng rối loạn tiểu tiện. Kết quả của chúng tôi tương tự với tỉ lệ 100% đều có triệu chứng rối loạn tiểu tiện theo nghiên cứu của N.V.Ân [1], tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đường tiểu dưới và nhu cầu cấp thiết cần can thiệp phẫu thuật điều trị sa bàng quang.

4.2. Kết quả phẫu thuật

- **Thời gian phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật trung bình với phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt là $49,1 \pm 6,5$ (phút), trong đó ca phẫu thuật nhanh nhất là 35 phút và ca phẫu thuật kéo dài nhất là 60 phút. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), thời gian đặt giá đỡ thành trước âm đạo là 32 ± 24 phút [2]. Như vậy thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi có lẽ do kỹ thuật này còn mới mẻ và các bác sĩ ở Cần Thơ còn thiếu kinh nghiệm hơn.

- **Tai biến và biến chứng trong mổ:** Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận những tổn thương bàng quang, niệu đạo trong mổ, điều này phù hợp với ghi nhận của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) [2]. Tương tự chúng tôi không ghi nhận tai biến sau mổ như chảy máu, nhiễm trùng, lộ mảnh ghép.

- **Thời gian nằm viện:** Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,2 \pm 0,5$ ngày. Kết quả nghiên cứu này ngắn hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thụy Khánh Vân (2021) với thời gian nằm viện trung bình là $5,9 \pm 0,8$ ngày [4]. Điều này cho thấy sự tiến bộ và kinh nghiệm trong phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu tại các bệnh viện tuyến trung ương giúp bệnh nhân rút ngắn thời gian nằm viện.

- **Kết quả phẫu thuật:** Khi đánh giá tiêu chuẩn thành công sau mổ, theo Weber và cộng sự [11] định nghĩa thành công sau phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt là: Độ sa bàng quang theo POP.Q < độ 2 (trở về độ 0 hay độ 1). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thành công về mặt giải phẫu của 46 trường hợp là: Không có trường hợp nào sa bàng quang từ độ II trở lên (tại thời điểm sau mổ, tái khám 1 tháng và 6 tháng). Theo tiêu chuẩn thành công của Weber và cộng sự [11] thì nghiên cứu của chúng tôi đạt hiệu quả 100% trong thời gian ngắn hạn, kết quả này tương đồng với một số tác giả: De Tairac et al (2006) cho thấy tỉ lệ thành công là 89.1% [7]. Adhoute (2004) thì tỉ lệ thành công là 95% [6]. Theo Fekete (2018) tỉ lệ thành công là 96,8% [6], N.V.Ân (2011) tỉ lệ thành công khách quan là 98% [1]. Những nghiên cứu của tác giả trên cùng đánh giá theo hệ thống POP-Q và quy trình kỹ thuật mổ là tương đồng.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng: Nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân sa bàng quang thường gặp ở nhóm tuổi từ 60 trở lên, đa số bệnh nhân đều có số lần sinh qua ngã âm đạo từ 3-4 lần. Phần lớn bệnh nhân đều đã mãn kinh. Thê lâm sàng thường gặp nhất là bệnh nhân sa bàng quang kèm triệu chứng rối loạn tiểu tiện. Về kết quả phẫu thuật: Qua nghiên cứu trên 46 trường hợp, phẫu thuật đặt giá đỡ nâng bàng quang qua lỗ bịt điều trị sa bàng quang đạt kết quả tốt 100% trong thời gian ngắn hạn. Không ghi nhận tai biến, biến chứng trong mổ và sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy kết quả điều trị cho hiệu quả rất cao cũng như mức độ an toàn cao của phẫu thuật. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là chưa áp dụng được những cận lâm sàng hiện đại như niệu động học, MRI động học tổng phân cũng như thời gian nghiên cứu còn ngắn, cỡ mẫu nhỏ. Chúng tôi cần tiếp tục đánh giá thêm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn để có được cái nhìn toàn diện và chính xác nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân (2011), “Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 718+719, tr.364-369 .
2. 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”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 2, tr.3-9 .
3. Vũ Hồng Thịnh, Đỗ Anh Toàn (2003), “Phẫu thuật sửa thành trước âm đạo trong điều trị sa bàng quang ở phái nữ”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 1, tr.96-10 .
4. Trần Thụy Khánh Vân (2021), “Nghiên cứu 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”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
5. Nguyễn Trung Vinh, Lê Văn Cường (2012), “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngã âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 2, tr.290-295.
6. Adhoute F., Soyeur L., Pariente J.L., Guillou M.Le, Ferriere J.M. (2004), “Use of transvaginal polypropylene mesh (GyneMesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients”, *Program Urology*, 2, pp.192-196 .
7. De Tayrac R, Deffieux X., Gervaise A., Chauveaud A., Fernandez H. (2006), “Long-term anatomical and functional assessment of transvaginal cystocele repair using a tension-free polypropylene mesh”, *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 5, pp.483-488 .
8. Fekete Z., Kőrösi S., Pajor L., Bajory Z., Németh G., Kozinszky Z. (2018), “Does anchoring vaginal mesh increase the potential for correcting stress incontinence?”, *BMC Urology*, 1, pp.33.
9. Jack CW, Joanna MT *et al.* (2012), *Campbell-Walsh Urology, Elsevier 10th edit*, pp.2069-2081.
10. Patil P, Patil A (2013), “Evaluation of pelvic organ prolapse in Indian females”, *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 2, pp.7612-7620.
11. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, *et al.* (2001), “The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders”, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 3, pp.178-186 .
2. Young SB (2001), Vaginal paravaginal repair: One-year outcomes, *Am J Obstet Gynecol*, 185, pp.1360-1367.

(Ngày nhận bài: 17/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 04/7/2022)
