

KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG BẰNG MÀNH GHÉP TỔNG HỢP QUA NGÃ ÂM ĐẠO

Dương Đăng Hiếu¹✉, Đỗ Vũ Phương¹, Phạm Hữu Đoàn²

¹Bộ môn Niệu, Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

²Khoa Niệu nữ - Niệu chức năng, Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để tìm ra những kết quả cụ thể và rõ nét hơn việc phục hồi về mặt giải phẫu và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca 44 trường hợp phụ nữ sa bàng quang có phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021. Sử dụng thang điểm POP - Q, Bộ câu hỏi PFDI, PFIQ, FSFI trước và sau mổ 3 tháng. Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm R 3.6.1.

Kết quả: 44 bệnh nhân với độ tuổi có số trung vị là 69 tuổi, bệnh nhân mãn kinh: 77.3% (34/44), Tỷ lệ phục hồi giải phẫu thành công dựa vào thang điểm POPQ sau 3 tháng là 90.9%. Trước phẫu thuật, điểm PFDI và PFIQ lần lượt trung bình là 98.89 ± 30.61 và 92.12 ± 36.2 . Sau mổ 3 tháng, điểm số 2 thang điểm trên là: 16.27 ± 9.17 và 14.38 ± 10.74 . Sự thay đổi điểm số PFDI và PFIQ có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Có thêm 1 bệnh nhân quan hệ trở lại sau mổ 3 tháng và điểm số FSFI có cải thiện tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Kết luận: Phương pháp phẫu thuật này làm giảm đáng kể triệu chứng của sa cơ quan đáy chậu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

Từ khóa: Sa bàng quang, mảnh ghép tổng hợp, chất lượng cuộc sống

ABSTRACT

SHORT - TERM OUTCOME AFTER TRANSVAGINAL MESH REPAIR OF CYSTOCELE

Duong Dang Hieu¹✉, Do Vu Phuong¹, Pham Huu Doan²

Introduction: We would like to use the international rating scales to identify more specific and clearer results about anatomical recovery and the quality of life after cystocele surgery with mesh suitable through the vagina.

Methods: Description of a series of 44 cases in women during exercise treatment with synthetic mesh placement surgery at Binh Dan Hospital during the period from June 2019 to June 2021. Using POP - Q score, PFDI, PFIQ, FSFI questionnaire before surgery and 3 months after surgery. Research data is statistically processed by R 3.6.1 software.

Ngày nhận bài:

15/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

20/7/2022

Chấp thuận đăng:

25/7/2022

Tác giả liên hệ:

Dương Đăng Hiếu

Email:

hieuduongdang@gmail.com

SĐT: 0966884294

Kết quả ngắn hạn phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép...

Results: 44 patients with a median age of 69, of which, the number of postmenopausal patients was 34/44, The rate of successful anatomical recovery based on the POPQ score after 3 months is 90.9%. Before surgery, the mean PFDI score of the study sample was 98.89 ± 30.61 and the mean PFIQ score was 92.12 ± 36.2 . After 3 months of surgery, the mean PFDI score of the study sample was 16.27 ± 9.17 and the mean PFIQ score was 14.38 ± 10.74 . Both scales above were statistically significant decrease, There was one more patient having sex again after 3 months of surgery and the FSFI score improved but was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusions: This surgical method significantly reduces symptoms of perineal organ prolapse and improves quality of life. Although sexual function has improved, more research is still of the essence to clarify this claim.

Keywords: Cystocele, mesh, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng cố định nội tạng vùng chậu đúng vị trí, khi đó bàng quang sa vào âm đạo. Sa bàng quang thường không nguy hiểm tính mạng nhưng ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân, gây ra những rối loạn trên nhiều hệ cơ quan: tiểu tiện và đại tiện không tự chủ, bế tắc đường tiết niệu dưới, gây khó chịu vùng chậu, nhiễm khuẩn niệu tái phát và rối loạn chức năng tình dục như đau khi giao hợp, giảm ham muốn tình dục. Theo tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu của nữ giới (Women's Health Initiative), tỉ lệ tổng quát của sa cơ quan đáy chậu (SCQĐC) khoảng 41%, trong đó tỉ lệ sa bàng quang theo kiểu túi từ 25 - 34% [1]. Sa bàng quang là tình trạng bệnh lý xảy ra phần lớn trên phụ nữ đã từng sinh đẻ, 11% trong số những bệnh nhân có triệu chứng phải cần đến phẫu thuật [2].

Có nhiều nghiên cứu nước ngoài dùng hệ thống định lượng về sa cơ quan đáy chậu, bảng câu hỏi về chức năng tình dục và khảo sát chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân có phẫu thuật đặt mảnh ghép ở âm đạo. Các nghiên cứu trong nước vẫn chỉ là báo cáo kinh nghiệm bước đầu của các tác giả chỉ dừng lại ở việc đánh giá độ an toàn của phẫu thuật và sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của âm đạo sau phẫu thuật mà chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả phục hồi rối loạn tiểu và chất lượng cuộc sống theo một hệ thống định lượng phổ biến [3].

Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích áp dụng Hệ Thống Định Lượng Sa Cơ Quan Đáy Chậu (POPQ - Pelvic Organ Prolapsed Quantification system), hai bảng câu hỏi bao gồm:

Bảng Đánh Giá Tình Trạng Rối Loạn Sàn Chậu (PFDI - The Pelvic Floor Distress Inventory) và Bảng Câu Hỏi Ảnh Hưởng Của Sàn Chậu (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) để đánh giá đồng thời sự thay đổi cấu trúc giải phẫu và triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp bàng quang qua lỗ bịt và Chỉ số Chức Năng Tình Dục nữ (FSFI - Female Sexual Function Index) để đánh giá chức năng tình dục trước và sau can thiệp điều trị phụ nữ bị sa bàng quang. Đây là các thang đo đang được Hội tiêu tiểu tự chủ quốc tế (International Continence Society - ICS) sử dụng để đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị SCQĐC [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Những phụ nữ sa bàng quang trên độ II (theo phân độ POP - Q) có hay không có sa tử cung hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị với phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân sa bàng quang có chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp được chẩn đoán, nhập viện phẫu thuật và theo dõi tại khoa Niệu Nữ - Niệu Chức Năng, Bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hoàn thành bảng câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

Thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021 tại Bệnh viện Bình Dân.

Bệnh viện Trung ương Huế

Phương pháp phẫu thuật: đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo điều trị sa bàng quang.

Cách tiến hành nghiên cứu

Số liệu được thu thập theo biểu mẫu chung từ hồ sơ bệnh án và những dữ kiện khi tái khám bệnh nhân hoặc những thông tin do thân nhân cung cấp trong trường hợp bệnh nhân tử vong. Khi thu thập số liệu, tập trung vào các yếu tố sau:

Ghi nhận thông tin theo bệnh án mẫu gồm: họ tên, tuổi, BMI, số lần sanh qua ngã âm đạo, các phẫu thuật vùng đáy chậu đã thực hiện trước đây, tiền căn cắt tử cung, lí do nhập viện, thời gian khởi bệnh, các bệnh lý kết hợp.

Triệu chứng liên quan đến sa bàng quang và các triệu chứng rối loạn tiểu: tiểu khó, TKKSKGS, ...

7 thông số theo hệ thống POP - Q với sự hỗ trợ của mô vệt, van âm đạo và thước đo POP - Q.

Bệnh nhân được hỏi các triệu chứng liên quan SCQDC và chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi SCQDC theo 3 thang điểm PFDI, PFIQ, FSFI ...

Ghi nhận các bệnh lý kèm theo như: viêm âm đạo, viêm loét cổ tử cung. Tất cả những BN có viêm âm đạo và viêm loét cổ tử cung đều được khám chuyên khoa sản để điều trị đến khi hết hẳn tình trạng viêm loét cổ tử cung/âm đạo và làm xét nghiệm loại trừ các bệnh lý ác tính trước khi phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được tê tủy sống, nằm tư thế sản phụ khoa. Rạch niêm mạc thành trước âm đạo theo đường ngang. Bóc tách về hai phía ngành ngồi mu và tìm dây chằng cùng - gai 2 bên. Xuyên kim qua lỗ bịt đặt mesh 4 nhánh theo kỹ thuật không căng. 2 nhánh còn lại xuyên qua trung tâm dây chằng cùng - gai ra hai bên theo hướng trong - ngoài cơ mông.

Sau khi thăm khám xong bệnh nhân được đánh giá nước tiểu tồn lưu qua xét nghiệm siêu âm bụng tổng quát và niệu động đồ

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R 3.6.1.

2.4. Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch số: 351/HĐĐĐ-TĐHYKPNT ngày 08/10/2020.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021, tại bệnh viện Bình Dân chúng tôi khảo sát được 44 bệnh nhân phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các yếu tố thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu

Biến số	Kết quả (trung bình)	Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	66,66	
BMI (kg/m ²)	22,9	2,99
Số lần sanh con ngã âm đạo (con)	4,2	2,25
Thời gian khởi phát bệnh (tháng)	12	
Thời gian phẫu thuật (phút)	88,3	36,9
Lượng máu mất (ml)	109,7	
Thời gian nằm viện (ngày)	4,23	
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	3,0	
Thời gian đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ (tháng)	3,34	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đã mãn kinh (34/44), quan hệ trước mổ có (5/44), phẫu thuật liên quan đến sản chậu (10/44) trong đó có 2 ca phẫu thuật đường bụng và 8 ca phẫu thuật qua đường âm đạo. Chúng tôi ghi nhận nghiên cứu có 2 bệnh nhân trong quá trình bóc tách bóc lộ dây chằng cùng gai trong phương pháp đặt mảnh ghép tổng hợp 6 nhánh qua ngã âm đạo đã làm tổn thương bó mạch thẹn trong gây chảy máu, 1 TH biến chứng trong khi mổ (lượng máu mất - 600 ml), 1 TH biến chứng sau mổ tức thì

Kết quả ngắn hạn phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép...

(sau 12 giờ), được truyền máu và phẫu thuật lại cầm máu (lượng máu mất = 1000 ml), một trường hợp biến chứng sau mổ sớm (2.2%) là nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp 6 nhánh qua ngả âm đạo 01 tuần. Nước tiểu tồn lưu sau mổ ghi nhận có 3 bệnh nhân.

Bảng 2: Phân bố điểm số triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật 3 tháng (n = 44)

Thang điểm	Trước mổ	Sau 3 tháng	Giá trị p	Phép kiểm
PFDI	98,89 ± 30,61	16,27 ± 9,17	P < 0,05	So sánh trung bình 2 mẫu cặp (*)
POPDI	45,93 ± 18,23	7,29 ± 3,49	P < 0,05	
CRAD	6,46 ± 11,02	2,35 ± 3,10	P < 0,05	
UDI	46,50 ± 19,10	6,63 ± 6,18	P < 0,05	
PFIQ	92,12 ± 36,2	14,38 ± 10,74	P < 0,05	
POPIQ	45,41 ± 22,93	6,16 ± 6,03	P < 0,05	
CRAIQ	3,24 ± 5,96	1,08 ± 3,22	P < 0,05	
UIQ	42,38 ± 25,25	7,14 ± 9,32	P < 0,05	

(*) Kiểm định Wilcoxon (kiểm định t).

Trong nghiên cứu này khảo sát 6 TH trả lời đầy đủ bảng câu hỏi FSFI, tất cả các TH đều có rối loạn tình dục (điểm FSFI < 26,55), trong đó có 1 TH (2,2%) không có quan hệ tình dục trước mổ với điểm số FSFI thấp nhất (6,2). Sau mổ 3 tháng, điểm số FSFI có cải thiện tuy nhiên vẫn còn 2 TH (4,5%) vẫn còn rối loạn tình dục, 4 TH còn lại có điểm số FSFI > 26,55. Điểm số FSFI trung bình trước mổ và sau mổ có thay đổi cải thiện, lần lượt là 18,2 ± 5,9, 27,1 ± 1,5, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với phép kiểm Repeated Anova (p > 0,05).

Bảng 3: Sự thay đổi cấu trúc thành âm đạo trước và sau phẫu thuật 3 tháng (n = 44)

POPQ	Trước PT	Sau PT 3 tháng	Giá trị p	Phép kiểm
Aa	3,33 ± 1,49	-2,60 ± 0,67	< 0,05	So sánh trung bình 2 mẫu cặp (*)
Ba	3,33 ± 1,39	-2,72 ± 0,47	< 0,05	
C	0,35 ± 3,67	-4,44 ± 2,88	< 0,05	
D	0,00 ± 3,75	-5,23 ± 1,86	< 0,05	
tvI	7,03 ± 0,97	6,65 ± 2,25	0,27	
gh	2,57 ± 0,59	2,49 ± 0,50	0,36	
pb	2,64 ± 0,5	2,45 ± 0,46	0,06	

(*) Kiểm định Wilcoxon (kiểm định t).

Bảng 4: Phân độ tình trạng sa cơ quan đáy chậu bằng hệ thống POPQ tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng

	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Tổng
Ngăn trước	33	7	4	0	44
Ngăn giữa	37	6	1	0	44
Chung (*)	40	0	4	0	44

(*): độ sa chung của cả 2 ngăn được tính bằng độ sa lớn nhất của 1 trong 2 ngăn.

Bệnh viện Trung ương Huế

Sau 3 tháng, tất cả 44 TH đều có độ sa của cả 2 ngăn giảm so với trước mổ. Sau 3 tháng, có 11 TH (25,0%) còn sa ngăn trước (7 TH sa độ I và 4 TH sa độ II); có 7 TH (15,9%) còn sa ngăn giữa (6 TH sa độ I và 1 TH sa độ II); có 4 TH (9,1%) sa cả ngăn trước và ngăn giữa độ II. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu đạt 90,9%.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, tuổi trung bình của nghiên cứu là 66,66, tương đương với nghiên cứu của Rachid El Haddad (60,4) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số tuổi nhỏ nhất là 45 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, nhóm tuổi 60 - 75 chiếm ưu thế. Y văn đã ghi nhận SCQĐC thường gặp ở những phụ nữ lớn tuổi và nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi, cứ mỗi 10 năm sẽ tăng nguy cơ mắc SCQĐC từ 16 đến 20% [6]. Đa số phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đã mãn kinh (80%). Trong thời kỳ mãn kinh do thiếu hụt estrogen, hệ thống mô liên kết nâng đỡ vùng đáy chậu bị suy yếu làm SCQĐC dễ xảy ra ở thời kỳ này.

Theo nghiên cứu của Pooja, trong số những phụ nữ được chẩn đoán SCQĐC tại Ấn Độ có 72,34% phụ nữ đã mãn kinh và chỉ có 19,15% nhỏ hơn 40 tuổi. Lý do SCQĐC gặp ở độ tuổi chưa mãn kinh được Pooja giải thích có thể do tuổi kết hôn của phụ nữ Ấn Độ tương đối sớm, phụ nữ Ấn Độ sinh nhiều con và khoảng cách giữa các lần mang thai tương đối gần [7]. Chấn thương cơ đáy chậu do mang thai nhiều lần đã được chứng minh là yếu tố chính gây phát triển SCQĐC [6]. Số liệu báo cáo của Pooja có 43,62% phụ nữ có nhiều hơn 4 con và không có TH nào chưa từng mang thai. Việt Nam là quốc gia Châu Á có nhiều đặc điểm dịch tễ học giống Ấn Độ, phụ nữ VN cũng kết hôn sớm, sinh nhiều con. Và nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 77,3% phụ nữ đã mãn kinh và số trung bình sinh con qua ngã âm đạo là 4,2.

Nghiên cứu này của chúng tôi thực hiện trên 44 TH sa cơ quan đáy chậu mức độ vừa đến nặng (Độ II, III, IV theo POPQ). Trước phẫu thuật, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là $98,89 \pm 30,61$ và điểm PFIQ trung bình là $92,12 \pm 36,2$. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có điểm số triệu chứng của rối loạn đi tiểu là cao nhất (46,50 điểm), nhưng chất lượng sống lại bị ảnh hưởng nhiều nhất do các triệu chứng của khối sa âm đạo (45,41 điểm). Các triệu chứng gây ra do rối loạn hậu môn trực tràng có điểm

số rất thấp (6,46 điểm). Trong thang điểm POPDI, điểm số của triệu chứng “Cảm giác nặng vùng đáy chậu” là cao nhất (2,52 điểm), 9 bệnh nhân luôn luôn thấy cảm giác nặng vùng đáy chậu, 12 bệnh nhân có 75% triệu chứng cảm giác nặng vùng đáy chậu và 16 bệnh nhân có 50% cảm giác nặng vùng đáy chậu xuất hiện trong ngày. Trong thang điểm UDI, các triệu chứng “đi tiểu thường xuyên”, “tiểu khó” và “đau, khó chịu ở vùng bụng dưới hoặc vùng tầng sinh môn” là thường gặp nhất. Trong thang điểm CRAD, triệu chứng “phải rặn rất khó khăn để tổng phân ra ngoài” và “cảm giác đi cầu không hết phân” thường gặp nhất. Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là $16,27 \pm 9,17$ và điểm PFIQ trung bình là $14,38 \pm 10,74$. Sau phẫu thuật 3 tháng, các triệu chứng của khối sa âm đạo có điểm số triệu chứng cao nhất nhưng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân nhiều nhất là triệu chứng rối loạn đi tiểu. Lúc này triệu chứng thường gặp nhất là “cảm giác bị đè nặng ở vùng bụng dưới”, “đi tiểu thường xuyên”. Tất cả các thang đo đều có điểm số sau phẫu thuật 3 tháng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật.

Điểm PFDI trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 78,3 điểm, sau 12 tháng là 14,6 điểm. Điểm PFIQ trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 42 điểm, sau 3 tháng là 5,5 điểm. Renaud de Tayrac kết luận sự khác biệt điểm số triệu chứng rối loạn sàn chậu và chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê [8]. Thang điểm PFDI và PFIQ cũng đánh giá tốt đối với bệnh nhân được điều trị sa sàn chậu bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào ụ nhô, theo nghiên cứu của Frédéric điểm PFIQ trung bình trước mổ là 64,04 điểm; sau 3 tháng là 16,61 điểm, sau 12 tháng là 18,21 điểm. Frédéric kết luận sự khác biệt điểm số chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê nhưng sự khác biệt chất lượng sống giữa 3 tháng và 12 tháng không có ý nghĩa thống kê [9].

Hoạt động tình dục của người phụ nữ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: tâm lý, xã hội học, bản thể (physical) và môi trường. Tuổi tác và mãn kinh là 2 yếu tố đã được chứng minh có ảnh hưởng tiêu cực lên hoạt động tình dục. Sa cơ quan đáy chậu gây ra

Kết quả ngắn hạn phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép...

các triệu chứng rối loạn vùng chậu không chỉ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn có thể làm giảm chức năng tình dục [10]. Tuổi cao và mãn kinh đều có liên quan chặt chẽ với SCQĐC và khả năng hoạt động tình dục nên rất khó để xác định rõ rối loạn hoạt động tình dục là do nguyên nhân bản thể (bất thường giải phẫu âm đạo) hay do tâm lý (do tuổi cao và mãn kinh) [10]. Tuy nhiên,

tất cả các nghiên cứu đều đồng ý rằng bệnh nhân có SCQĐC đều có hoạt động tình dục kém hơn so với những người cùng tuổi mà không có mắc SCQĐC. Số liệu trong những nghiên cứu này còn rất hạn chế và mang tính định tính, chúng tôi hy vọng tại Việt Nam sẽ có thêm nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của SCQĐC và vai trò của các phương pháp điều trị SCQĐC lên chức năng tình dục của người phụ nữ.

Bảng 5: Các kết quả nghiên cứu phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo khác nhau được báo cáo.

Tác giả	Số TH	Tỉ lệ thành công (%)	Thời gian theo dõi (tháng)
Adhoue (2004)	52	95	27
de Teyrac, (2006)	63	89,1	37
Fekete (2018)	62	96,8	12
Toledo	18	89	65
N.V.Ấn	21	95,2	12
V.T.T.Phong	32	100	3
Chúng tôi	4 nhánh	16	3
	6 nhánh	28	
	Chung	44	

Tỉ lệ thành công về phục hồi giải phẫu sa bàng quang của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều tác giả khác. Tuy nhiên, thời gian nghiên cứu của chúng tôi còn khá ngắn so với nhiều tác giả khác (3 tháng) nên chưa thể hiện nhiều mức độ sa sinh dục tái phát. Thời gian tái phát thường xảy ra trong 2 năm đầu tiên sau phẫu thuật liên quan đến sản chậu theo nghiên cứu của tác giả Roos E J (2021).

Bên cạnh đó, phẫu thuật ngã âm đạo có sử dụng mảnh ghép tổng hợp vẫn còn vài hạn chế như: lộ lưới, đau khi quan hệ tình dục, đau vùng đáy chậu. Tuy nhiên, với sự phát triển của các dòng lưới có trọng lượng nhẹ cũng như các kỹ thuật mới, phẫu thuật ngã âm đạo có sử dụng lưới ngày càng chứng tỏ ưu điểm ngày càng vượt trội hơn so với mặt hạn chế của nó. Mảnh ghép tổng hợp 6 nhánh trọng lượng nhẹ với 2 nhánh thêm cố định xuyên qua dây chằng cùng - gai 2 bên nên ngoài khả năng nâng đỡ toàn bộ bàng quang, tránh được việc di chuyển và cuộn của mảnh lưới còn giúp cố định khoang giữa (phần đỉnh âm đạo), từ đó có thể điều trị hiệu quả cùng lúc thêm khoang giữa (tử cung và ruột non), giúp phục hồi về giải phẫu cơ quan đáy chậu tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp

đặt mảnh ghép tổng hợp 6 nhánh có thời gian mổ kéo dài hơn, lượng máu mất cũng nhiều hơn, biến chứng cũng xuất hiện chủ yếu ở nhóm này. Tuy nhiên sự so sánh các đặc điểm này ở 2 nhóm mảnh ghép tổng hợp 6 nhánh và 4 nhánh đều không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên có thể chỉ ra rằng phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo là phẫu thuật an toàn, khả thi và mang lại hiệu quả cao. Phương pháp phẫu thuật này có tỉ lệ phục hồi giải phẫu thành công theo thang điểm POPQ sau 3 tháng là 90.9%, cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống sau 3 tháng lần lượt là 100% và 96.9% theo bảng điểm PFDI và PFIQ. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;186:1160-1166.

2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*. 1997;89:501-506.
3. Ân NV. Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2011;718+719:364-369.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.
5. El Haddad R, Svabik K, Masata J, Koleska T, Hubka P, Martan A. Women's quality of life and sexual function after transvaginal anterior repair with mesh insertion. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;167:110-113.
6. Swift S, Pound T, Dias J. Case - control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2001;12:187-192.
7. Patil P, Patil A. Evaluation of pelvic organ prolapse in indian females. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2013;2:7612-7621.
8. De Tayrac R, Brouziyne M, Priou G, Devoldère G, Marie G, Renaudie J. Transvaginal repair of stage III - IV cystocele using a lightweight mesh: safety and 36 - month outcome. *International urogynecology journal*. 2015;26:1147-1154.
9. Thibault F, Costa P, Thanigasalam R, Seni G, Brouziyne M, Cayzergues L, et al. Impact of laparoscopic sacrocolpopexy on symptoms, health-related quality of life and sexuality: a medium-term analysis. *BJU international*. 2013;112:1143-1149.
10. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and sterility*. 2001;76:456-460.