

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ  
SA BÀNG QUANG Ở PHỤ NỮ BẰNG  
GIÁ ĐỠ TỔNG HỢP QUA LỖ BỊT**

**PGS.TS.Nguyễn Văn Ân  
BS.CKII.Võ Trọng Thanh Phong**

# **NỘI DUNG**

- 1. ĐẶT VẤN ĐỀ**
- 2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU**
- 3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**
- 4. KẾT QUẢ**
- 5. BÀN LUẬN**
- 6. KẾT LUẬN**

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu khi đó bàng quang bị phồng lên và thụt vào âm đạo [9]
- Triệu chứng: rối loạn tiểu, khối phồng âm đạo hay rối loạn tình dục [6].
- Theo Vũ Hồng Thịnh[7], phẫu thuật Kelly có tỉ lệ tái phát 40% - 60%.
- Năm 1996, Julian là tác giả đầu tiên dùng giá đỡ bàng quang.

[6] Trần Ngọc Sinh (2010), Sa cơ quan tiết niệu – sinh dục trong bệnh lý sa cơ quan vùng đáy chậu. Tạp chí y học TP.HCM, 14 (3), tr. 1-11.

[7] Vũ Hồng Thịnh, Đỗ Anh Toàn (2003), Phẫu thuật sửa thành trước âm đạo trong điều trị sa bàng quang ở phái nữ, tập 7, Chuyên đề Thận Niệu, trang 96-101.

[9] Nguyễn Trung Vinh (2015), Sàn chậu học. Nhà xuất bản Y Học, tr. 321-35

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Năm 2002, FDA đã phê duyệt giá đỡ nhân tạo đầu tiên [35].
- Năm 2011, FDA đã cảnh báo biến chứng giá đỡ nhân tạo [58].

➤ Trên thế giới

Tác giả	Số TH	Tỉ lệ thành công
(2009) Moore & Miklos [50]	77	93,5
(2017) Sherif [62]	50	96
(2018) Lucot [46]	128	87,5

[46] Lucot J.P., Cosson M., Bader G., Debodinance P., Akladios C., Salet-Lizée D., et al. (2018) "Safety of vaginal mesh surgery versus laparoscopic mesh sacropexy for cystocele repair: results of the prosthetic pelvic floor repair randomized controlled trial". *European Urology*, 74 (2), pp. 167-176.

[62] Sherif H., Othman T.S., Eldkhakhany A., Elkady H., Elfallah A. (2017) "Transobturator four arms mesh in the surgical management of stress urinary incontinence with cystocele". *Turkish Journal of Urology*, 43 (4), pp. 517.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

➤ Tại Việt Nam:

Tác giả	TH	Tỉ lệ thành công
(2011)N.V.Ân	21	95,2
(2012) N.T.Vinh	24	100

Ngoài ra tác giả N.B.M.Nhi cũng đang áp dụng phương pháp giá đỡ nhân tạo để điều trị sa bàng quang.

[2] 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, 718+719, trang 364-369.

[8] 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 TP HCM, 16 (2) Chuyên đề: Sản phụ khoa - Nhi sơ sinh, tr. 290 -295.

[58] PROLAPSE P.O. (2011) "Surgical mesh for treatment of women with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence".

# CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

➤ Chúng tôi tự hỏi:

**Sử dụng giá đỡ nhân tạo có còn vai trò trong điều trị sa bàng quang không? Có thể áp dụng trong hoàn cảnh Việt Nam không?**

Điều trị sa bàng quang ở phụ nữ tại Việt Nam chưa có tiêu chuẩn chung .

Chúng tôi dùng thang điểm POP-Q [10] để chứng minh hiệu quả của mổ đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt.

[10] Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. (2003) "The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society". Urology, 61 (1), pp. 37-49.

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

**Mục tiêu tổng quát:** “Đánh giá kết quả điều trị sa bàng quang ở phụ nữ bằng giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt ”

**Mục tiêu cụ thể:**

1. Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sa bàng quang ở phụ nữ.
2. Xác định tỉ lệ thành công của phương pháp đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt.
3. Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt.

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Định nghĩa sa bàng quang

Sa bàng quang là do phần dưới của bàng quang tụt qua lỗ cơ quan sinh dục ngoài, đẩy thành trước của âm đạo ra ngoài âm hộ [4].



Hình 1: Sa bàng quang

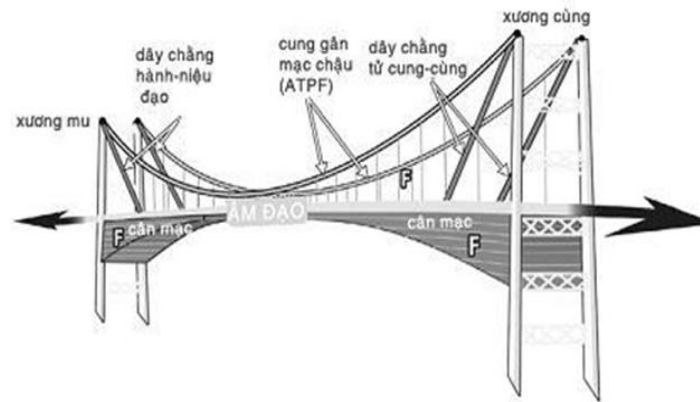
(Nguồn: N.V.Ân (2011), Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt. Tạp chí Y học Thực hành, 718+719, trang 364-369.)



# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## 1. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế nâng đỡ dây chằng và cân mạc vùng chậu như cơ chế nâng đỡ dây thép giăng trên chiếc cầu mà xương chậu là các trụ cầu. Yếu tố làm suy yếu hệ thống nâng đỡ này, gây sa cơ quan đáy chậu [57].



Hình 2: Cơ chế cầu treo

(Nguồn: Peter Petros [57])

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Cơ chế bệnh sinh

Vùng chậu: ngăn trước, ngăn giữa và ngăn sau [43].

Sa ngăn trước: khi cân mu – niệu đạo và mạc mu - cổ tử cung bị suy yếu

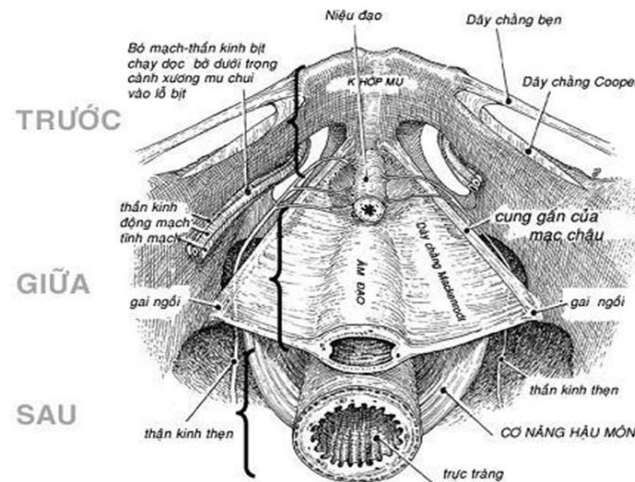
- Sa bàng quang là thành trước âm đạo yếu và căng giãn.
- Sa niệu đạo vì niệu đạo quá di động.

Hai tổn thương này có thể xảy ra phối hợp [43].

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Dịch tễ học :

Tỉ lệ SCQĐC (Pelvic organ prolapse) 41% ở phụ nữ lớn tuổi, trong đó tỉ lệ sa bàng quang từ 25 - 34% [20].



Hình 3: Cơ thể học của 3 ngăn của vùng chậu  
(Nguồn: T.N.Sinh [6])

[6] Trần Ngọc Sinh (2010), Sa cơ quan tiết niệu – sinh dục trong bệnh lý sa cơ quan vùng đáy chậu. Tạp chí y học TP.HCM, 14 (3), tr. 1-11.

[20] Clark A., Hendrix S.L. (2002) "Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity". Am J Obstet Gynecol, 186 (6), pp. 1160-1166.

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Triệu chứng lâm sàng của sa bàng quang

### Cơ năng :

- Cảm giác khối phồng trong âm đạo: lồi ra ngoài mào trinh.
- Các rối loạn tiểu như: tiểu khó, són tiểu gấp, TKKSKGS,...
- Rối loạn về tình dục: không muốn hay đau khi quan hệ tình dục,..[6]

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Triệu chứng lâm sàng của sa bàng quang:

### Khám:

- Tư thế sản phụ khoa: ở tư thế nghỉ và nghiệm pháp Valsalva.
- Sa bàng quang có hoặc không kèm tăng động niệu đạo.
- Khối sa: tổn thương trung tâm hoặc tổn thương bên [15].

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm: TPTNT, các xét nghiệm chức năng thận .
- Niệu động lực học
- Các xét nghiệm hình ảnh học : siêu âm, CT Scan, MRI tổng phân.

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## Điều trị sa bàng quang:

-Thủ thuật: phản hồi sinh học, vòng nâng Pessary...

-Phẫu thuật:

- Khâu sửa thành trước âm đạo.
- Sửa chữa thương tổn vùng bên âm đạo.
- Treo cổ bàng quang bằng kim.
- Giá đỡ nhân tạo.



Hình 4: Vị trí của giá đỡ nhân tạo nâng thành trước âm đạo khi đặt xuyên lỗ bịt  
(Nguồn: Jack C.W., Joanna M.T. [41], Leruth J., Fillet M., Waltregny D. [45])

[45] Leruth J, Fillet M, Waltregny D (2013) "Incidence and risk factors of postoperative stress urinary incontinence following laparoscopic sacrocolpopexy in patients with negative preoperative prolapse reduction stress testing". Int Urogynecol J, 24 (3), pp. 485-91.

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP

## Đối tượng nghiên cứu:

### Dân số nghiên cứu:

BN nữ sa bành quang từ 02/2018 - 07/2019 có chỉ định phẫu thuật đặt giá đỡ bành quang.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh:

BN nữ có các tiêu chuẩn sau:

- Có sa bành quang độ 2 - độ 4 (POP-Q)
- Kèm rối loạn tiểu.
- Không kèm sa ngăn giữa và ngăn sau nặng.



# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP

## Tiêu chuẩn loại trừ:

- TH có viêm nhiễm, bệnh ác tính của vùng âm hộ hay các cơ quan vùng chậu.
- Bệnh tim mạch, hô hấp, tiểu đường,..chưa điều trị ổn định; rối loạn đông máu...
- Những TH sa ngăn giữa hoặc sa ngăn sau nặng.

## Tiêu chuẩn thành công của Weber [74]:

- BN được xem là thành công khi độ sa bàng quang sau mổ POP-Q < độ 2 và cải thiện rối loạn tiểu.

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP

## Phương pháp nghiên cứu:

### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp.

### Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Từ 02/2018 - 07/2019, tại BV. Bình Dân, TP.Hồ Chí Minh.

### Các biến số nghiên cứu:

Số TT	Tên biến	Loại biến
1	Nơi ở	Nhị giá
2	Tuổi	Định lượng
3	BMI	Định lượng
4	Số lần sanh con	Định lượng
5	Mãn kinh	Nhị giá
6	Tiền căn mổ SCQĐC	Định danh

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP

## Các biến số nghiên cứu:

Số TT	Tên biến	Loại biến
7	POP-Q trước mổ	Định lượng
8	Rối loạn tiểu trước mổ	Định danh
9	Biến chứng trong mổ	Định danh
10	Thời gian mổ	Định lượng
11	Lượng máu mất	Định lượng
12	POP-Q sau mổ: 1,3,6,9,12 tháng	Định lượng
13	Rối loạn tiểu mổ 1,3,6,9,12 tháng	Định danh
14	Biến chứng sau mổ	Định danh
15	Quan hệ tình dục sau mổ	Nhi giá
16	Biến chứng mổ theo Clavien-Dindo	Định danh
17	Thời gian rút thông tiểu	Định lượng
18	Thời gian nằm viện	Định lượng

# Đối Tượng và Phương Pháp

## Cách tiến hành nghiên cứu:

### Ghi nhận từng trường hợp:

- Họ tên, tuổi, giới tính,...
- Tiền căn nội - ngoại khoa.
- Ghi nhận các triệu chứng của bệnh nhân.
- Khám và đo POP-Q trước mổ

### Ghi nhận xét nghiệm CLS

- Tiền phẫu: CTM, đông máu, CN gan thận, TPTNT
- Chẩn đoán hình ảnh: ECG, Xquang, SA, MRI,...

# Đối Tượng và Phương Pháp

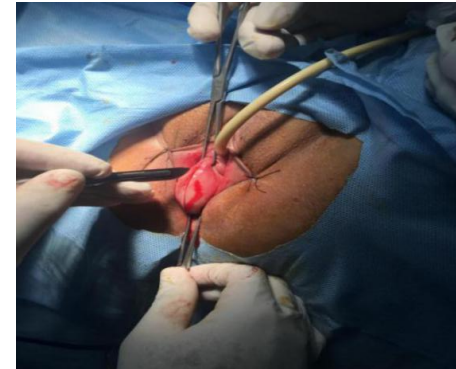
## Kỹ thuật mổ:

- Đặt thông niệu đạo.
- Rạch thành trước âm đạo.
- Bóc tách bàng quang khỏi thành trước âm đạo.
- Rạch da 4 lỗ (5mm).
- Dùng kim xuyên lỗ bịt 2 bên, đỡ bàng quang bằng giá đỡ.
- Cố định giá đỡ bằng vicryl 2/0.
- Khâu thành trước âm đạo bằng vicryl 2/0.
- Nhét gạc âm đạo cầm máu (rút gạc sau 24 giờ).
- Dùng kháng sinh dự phòng.

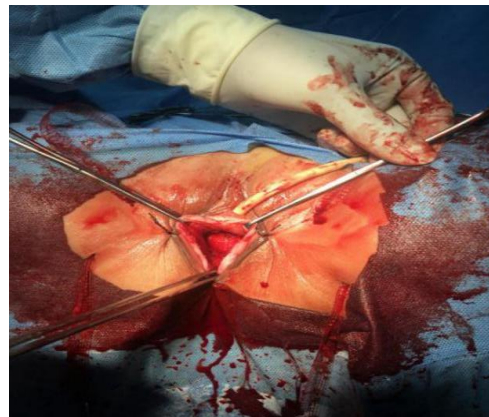
# Đối Tượng và Phương Pháp



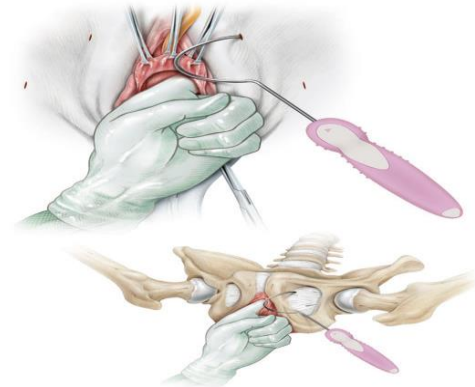
Hình 5: Tư thế và độ sa bàng quang trước mổ  
(Nguồn: Bệnh nhân số thứ tự 20, phụ lục)



Hình 6. Cách rạch thành trước âm đạo  
(Nguồn: Bệnh nhân số thứ tự 20, phụ lục)

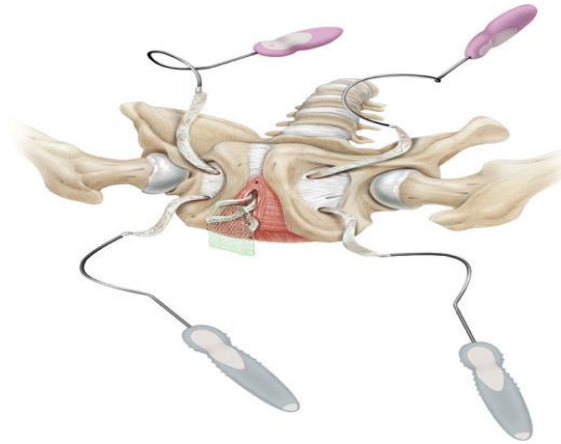


Hình 7: Bàng quang sau khi đã tách rời khỏi thành trước âm đạo  
(Nguồn: Bệnh nhân số thứ tự 20, phụ lục)

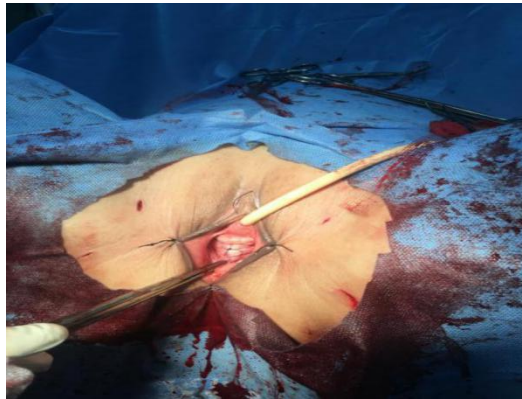


Hình 8: Cách đâm kim và ngón tay phía trong hướng dẫn đường kim.  
(Nguồn: Palma P., Riccetto C.,(2006) [54]) 22

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP



Hình 9: Giá đỡ sau khi xuyên 4 nhánh qua lỗ bịt  
(Nguồn: Palma P., Riccetto C.,(2006) [54])



Hình 10: Sau khi khâu lại thành trước âm đạo  
(Nguồn: Bệnh nhân số thứ tự 20, phụ lục)

# ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP



Hình 11: Giá đỡ tổng hợp (PVDF)



# Đối Tượng và Phương Pháp

## Xử lý số liệu:

### Phương pháp xử lý dữ kiện

- Thu thập tất cả thông tin .
- Nhập dữ liệu phần mềm Epi Data 3.1.
- Xử lý và phân tích số liệu phần mềm Stata 14.0.

### Thống kê mô tả

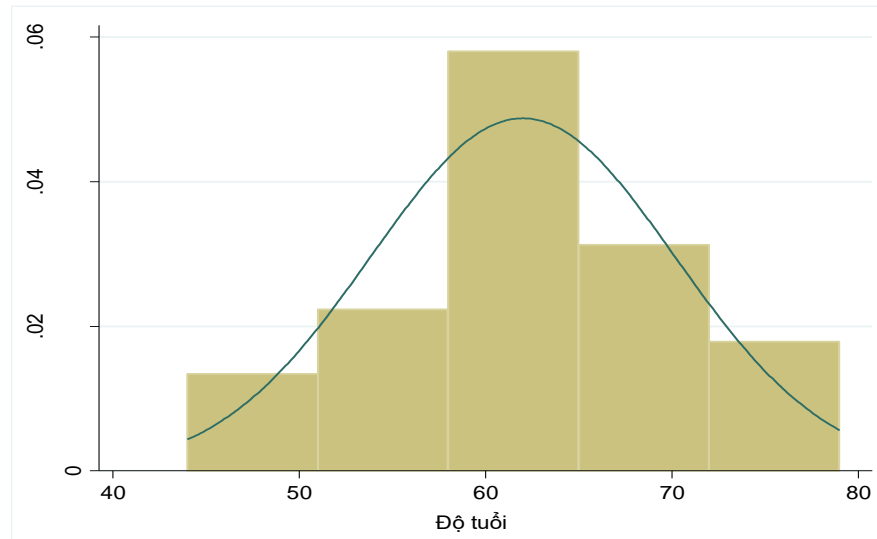
- Nhị giá , định danh : mô tả tần số, tỉ lệ,..
- Biến liên tục: mô tả trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn,..

### Thống kê phân tích:

Đơn biến : chi bình phương , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

# KẾT QUẢ

Từ 02/2018 - 07/2019, tại BV. Bình Dân có 32 TH.



Biểu đồ 1: Độ tuổi nhóm nghiên cứu (n=32)

## Nhận xét :

Tuổi trung bình  $62,00 \pm 8,20$  tuổi, cao nhất 79 tuổi và thấp nhất 44 tuổi.

# KẾT QUẢ

Bảng 1: Phân bố BMI (n=32)

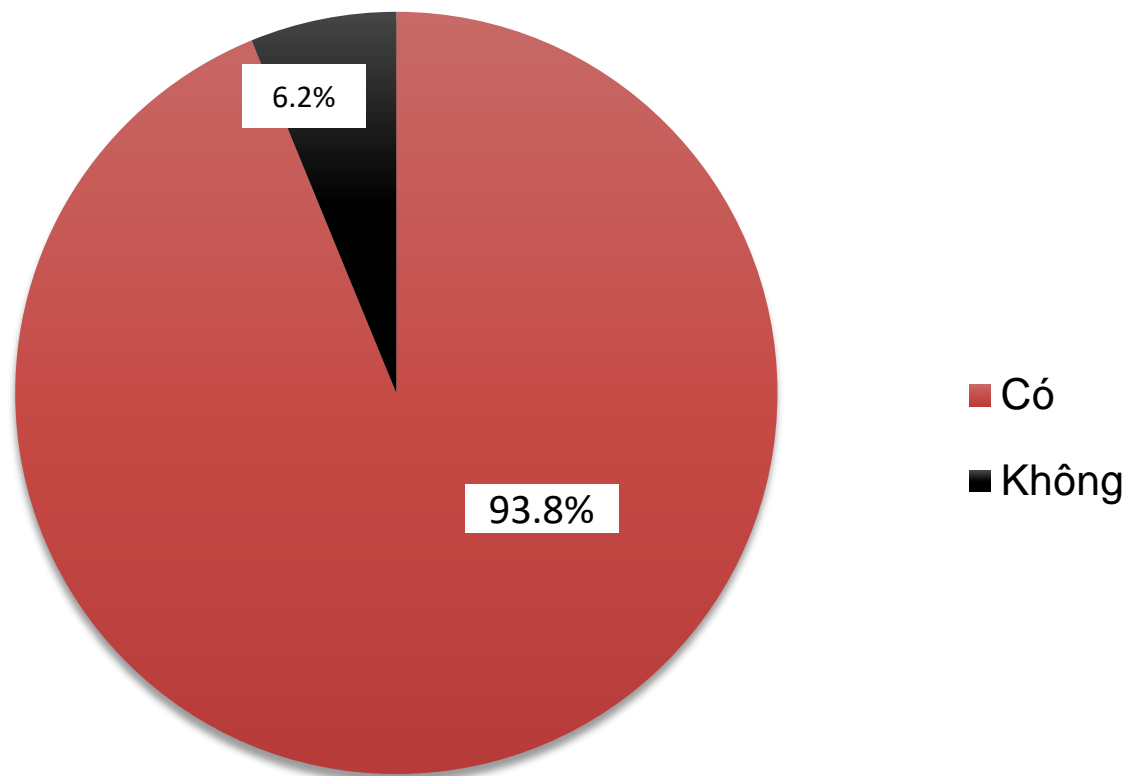
BMI	Tần số	Tỉ lệ (%)
Gầy	3	9,4
Bình thường	14	43,7
Quá cân	7	21,9
Béo phì độ I	8	25,0

# KẾT QUẢ

Bảng 2: Số lần sanh qua ngã âm đạo (n=32)

Số lần sanh qua ngã âm đạo	Tần số	Tỉ lệ (%)
0	3	9,4
1	1	3,1
2	17	53,1
3	6	18,8
4	5	15,6

# KẾT QUẢ



Biểu đồ 2: Bệnh nhân Mãn kinh (n=32)

# KẾT QUẢ

Bảng 3: Tiền căn điều trị, phẫu thuật SCQĐC (n=32)

<b>Tiền căn điều trị, phẫu thuật</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
<b>Tiền căn cắt tử cung</b>	1	3,1
<b>Tiền căn điều trị sa bàng quang</b>	3	9,4

# KẾT QUẢ

Bảng 4: Độ sa bành quang trước mổ (n=32)

Độ sa bành quang trước mổ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Độ 0	0	0
Độ 1	0	0
Độ 2	7	21,9
Độ 3	25	78,1
Độ 4	0	0

# KẾT QUẢ

Bảng 5: Chỉ số POP-Q trước mổ (n=32)

	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	Cao nhất	Thấp nhất
Aa	2,29 ± 0,72	2,6 [2,3 – 2,8]	3	1
<b>Ba</b>	<b>2,65 ± 0,93</b>	<b>3 [2,9 – 3]</b>	<b>4,5</b>	<b>1</b>
C	-6,92 ± 0,38	-7 [(-7) – (- 6,75)]	-6	-7,5
D	-9,58 ± 0,57	-10 [(-10) – (-9,25)]	-8	-10
Gh	2,85 ± 0,23	3 [2,5 – 3]	3	2,5
Pb	2,91 ± 0,19	3 [3 – 3]	3	2,5
Tvl	9,69 ± 0,40	10 [9,5 – 10]	10	9



# KẾT QUẢ

Bảng 6: Tình trạng rối loạn tiểu trước mổ (n=32)

Tình trạng rối loạn tiểu trước mổ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tiểu khó	19	59,4
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	10	31,2
Són tiểu gấp	0	0

# KẾT QUẢ

Bảng 7: Lượng máu mất và thời gian thực hiện phẫu thuật (n=32)

	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
<b>Thời gian thực hiện (phút)</b>	48,59 ± 11,88	80	30
<b>Lượng máu mất (ml)</b>	54,69 ± 17,41	100	20

# KẾT QUẢ

## Đánh giá sự phục hồi giải phẫu sau mổ:

Bảng 8: Độ sa bành quang qua các thời điểm đánh giá

	Trước mổ(n=32)	Sau mổ 1 tháng (n=32)	Sau mổ 3 tháng (n=29)	Sau mổ 6 tháng (n=23)	Sau mổ 12 tháng (n=7)	p
<b>Độ 0</b>	0 (0)	5 (15,6)	7 (24,1)	6 (26,1)	0 (0)	<0,001
<b>Độ 1</b>	0 (0)	27 (84,4)	22 (75,9)	17 (73,9)	7 (100)	
<b>Độ 2</b>	7 (12,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Độ 3</b>	25 (78,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Độ 4</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	



# KẾT QUẢ

## Biến chứng:

Bảng 9: Biến chứng trong lúc mổ

Biến chứng trong lúc mổ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không biến chứng	31	96,88
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương niệu quản	0	0
Thủng âm đạo	1	3,12
Chảy máu khoang dưới bàng quang và thành trước âm đạo	0	0
Tổn thương ruột	0	0
Đau hạ vị/vùng chậu	0	0

# KẾT QUẢ

Bảng 10: Biến chứng sau mổ (n=32)

Biến chứng sau mổ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không	31	96,9
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Đau vùng âm đạo, tăng sinh môn	1	3,1
Lộ mảnh ghép	0	0

# KẾT QUẢ

Bảng 3.14 : Rối loạn tiểu sau mổ

	Trước mổ(n=32)	Sau mổ 1 tháng (n=32)	Sau mổ 3 tháng (n=29)	Sau mổ 6 tháng (n=23)	Sau mổ 12 tháng (n=7)	p
Không	0 (0%)	25 (78,1)	24 (82,8)	22 (95,7)	7 (100)	<0,001
Tiểu khó	19 (59,4%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	10 (31,2%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Són tiểu gấp	0 (0%)	6 (18,8)	4 (13,8)	1 (4,3)	0 (0)	

Phép kiểm Fisher

# KẾT QUẢ

Bảng 11: Quan hệ tình dục sau mổ (n=32)

	Tần số	Tỉ lệ (%)
<b>Quan hệ tình dục sau mổ</b>	6	18,8
<b>Đau do quan hệ tình dục</b>		
Đau	1	16,7
Không đau	5	83,3



# KẾT QUẢ

Bảng 12: Đánh giá biến chứng phẫu thuật theo thang điểm Clavien-Dindo

	Tần số	Tỉ lệ (%)
<b>Độ 1</b>	2	6,2
<b>Độ 2</b>	0	0
<b>Độ 3a</b>	0	0
<b>Độ 3b</b>	0	0
<b>Độ 4a</b>	0	0
<b>Độ 4 b</b>	0	0
<b>Độ 5</b>	0	0

# KẾT QUẢ

Bảng 13: Thời gian rút thông tiểu, thời gian nằm viện (n=32)

	Thời gian trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
<b>Thời gian rút thông tiểu (ngày)</b>	1,03 ± 0,18	2	1
<b>Thời gian nằm viện (ngày)</b>	3,63 ± 1,54	9	2

# BÀN LUẬN

## Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

### Về độ tuổi:

Tác giả	Độ tuổi
Julian [42]	66
Stephen B. Young [75]	62
Fekete (2018) [34]	62
N.V.Ân [2]	64
Chúng tôi	60

Theo T.N.Sinh sa bàng quang tăng theo độ tuổi của phụ nữ [6], nguy cơ bệnh tăng tuổi, mỗi 10 năm tăng mắc sa bàng quang từ 16 đến 20% [66].

[6]Trần Ngọc Sinh (2010), Sa cơ quan tiết niệu – sinh dục trong bệnh lý sa cơ quan vùng đáy chậu. Tạp chí y học TP.HCM, 14 (3), tr. 1-11.

[34]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, 18 (1), pp. 53.

[75] Young SB (2001) "Vaginal paravaginal repair: One-year outcomes". Am J Obstet Gynecol, 185, pp.1360-7.

# BÀN LUẬN

## Về mãn kinh và số lần sinh con

Chúng tôi có 93,8% TH mãn kinh.

Có 3 TH chưa sinh con và 1 TH chưa mãn kinh. Những TH này mắc bệnh có thể bất thường rối loạn mô liên kết và thay đổi chuyển hóa mô đệm, đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ sa bàng quang[14]

# BÀN LUẬN

## Bàn luận về chỉ định mổ:

1. Chúng ta nên hay không nên sử dụng lưới tổng hợp làm giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt?

- Theo Aubé (2018), sửa chữa mô tự nhiên tái phát 30%[14].
- TH sa bàng quang nặng đã được đặt giá đỡ bàng quang. Tỷ lệ tái phát chỉ có 3,3%. [14]

Do đó chúng tôi áp dụng đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt điều trị sa bàng quang.

Tác Giả	Độ 2(%)	Độ 3(%)	Độ 4(%)
Moore & Miklose [50]	31,2	49,3	19,5
N.V.Ân [2]		76,2	23,8
Chúng tôi	12,9	78,1	

# BÀN LUẬN

## Bàn luận về chỉ định mổ:

### 2. Chúng ta nên mổ sa bàng quang khi nào?

Tác giả	Tỉ lệ rối loạn tiểu
Moore & Miklose [50]	44%
N.V.Ân [2]	80,9%
Chúng tôi	100%

Chúng tôi cũng tương đồng với nhiều tác giả khác, có rối loạn tiểu kèm sa bàng quang, có chỉ định điều trị sa bàng quang.

[2] 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, 718+719, trang 364-369.

[50] Moore R.D., Miklos J.R. (2009) "Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup". Adv Urol, pp. 743831.

# BÀN LUẬN

## Về hiệu quả điều trị đối với sa bàng quang

Sau mổ 1 tháng POP-Q: 27 TH (84,4%) sa độ I, 5 TH (15,6%) sa độ 0.

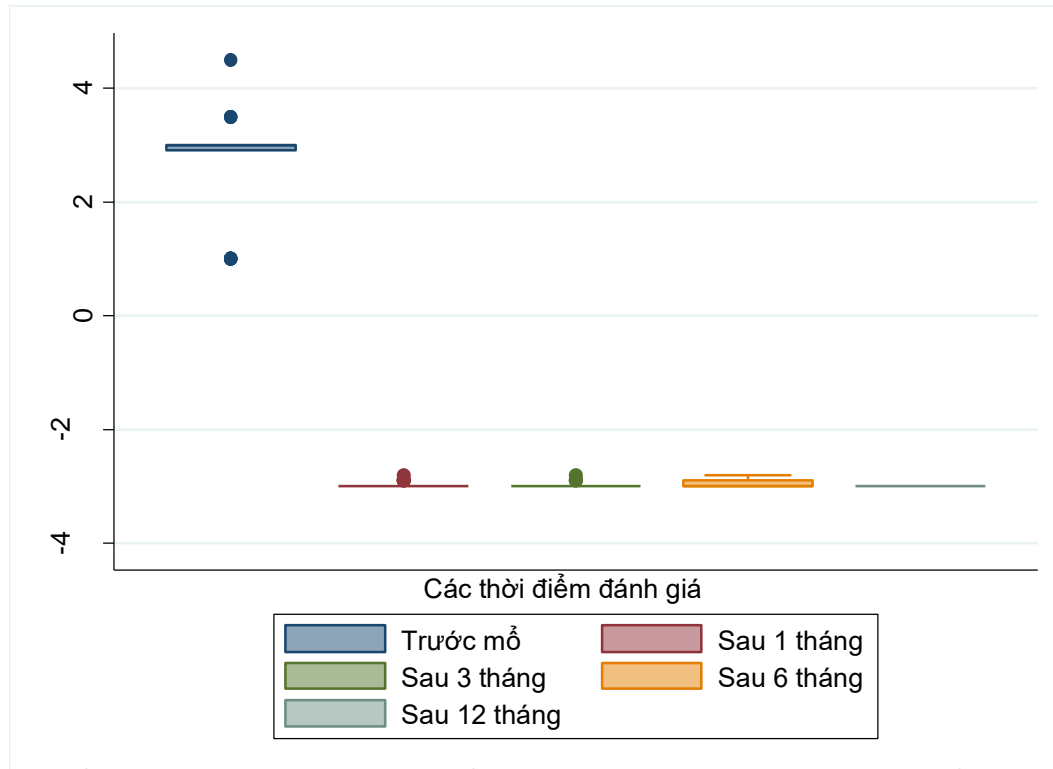
Theo tiêu chuẩn Weber[74] thì tỉ lệ thành công là 100%

Bảng 14: Đối chiếu với các tác giả khác

Tác giả	Số TH	Thời gian theo dõi (tháng)	Tỉ lệ thành công
Adhoute (2004) [12]	52	27	95
de Tayrac et al, 2006 [25]	63	37	89.1
Fekete (2018) [34]	62	12	96,8
N.V.Ân [2]	21	12	95,2
Chúng tôi	32	12	100

# BÀN LUẬN

## Về hiệu quả điều trị đối với sa bàng quang



Biểu đồ 3.5: Vị trí điểm Ba theo các thời điểm đánh giá



# BÀN LUẬN

## Về hiệu quả điều trị rối loạn tiểu:

Tỉ lệ cải thiện rối loạn tiểu sau mổ là 25 TH (78,1%) .

Tác giả	Số TH	Tỉ lệ thành công rối loạn tiểu
Moore và Miklos (2009) [50]	77	68%
Adhoute (2004) [12]	52	80%
Fekete (2018) [34]	62	96,8%
N.V.Ân [2]	21	94,1%
Chúng tôi	32	78,1%

Tương đồng với 1 số tác giả, thấp hơn 1 vài tác giả là do sau mổ có 6 TH són tiểu gấp xuất hiện.

[12] 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 (in French with English abstract)". Program Urology, 14 (2), pp. 192– 196.

# BÀN LUẬN

## VỀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TKKSKGS:

Hiệu quả điều trị TKKSKGS của chúng tôi tương đồng với Fekete

Tác giả	Tỉ lệ cải thiện TKKSKGS (%)
Fekete (2018) [34]	96,8
Chúng tôi	100

Chúng tôi có 1 điểm cải biên là phần mép giá đỡ ngay cổ bàng quang đưa ra giữa niệu đạo (mid-urethral Tranvaginal Mesh-mTVM) nên tỉ lệ thành công cao hơn TVM.

Fekete (2018) cũng dùng kỹ thuật mTVM như chúng tôi.

# BÀN LUẬN

**Vấn đề kết hợp TVM và TOT/TVT để điều trị TKKSKGS :**

<b>Tác giả</b>	<b>TVM + TOT/TVT</b>	<b>Hết TKKSKGS</b>
Tabou-Elela (2009)[67]	20 TH	20 TH (100%)
Park (2010) [55]	10 TH	10 TH (100%)

# BÀN LUẬN

**Vấn đề kết hợp TVM và TOT/TVT để điều trị TKKSKGS :**

Tác giả	TVM	Hết TKKSKGS
(2004) Salomon [61]	9 TH	9 TH (100%)
(2005) David-Montefiore [23]	13 TH	8 TH (62%) 5 TH (38%) cải thiện
(2011) N.V.Ân [2]	21 TH	94%
Chúng tôi	32 TH	100%

Chúng tôi thấy rằng, không nhất thiết phải kết hợp với mổ TOT hay TVT ngay từ đầu.

# BÀN LUẬN

## **Biến chứng:**

### **Các biến chứng trong lúc mổ:**

Chúng tôi có 1 TH (3,125%) thủng thành trước âm đạo trong quá trình mổ.

TH này BN đã được mổ sa bàng quang bằng phương pháp Kelly trước đó 6 tháng. Trong quá trình bóc tách thành trước âm đạo khỏi bàng quang khó khăn nên làm thủng thành trước âm đạo.

TH này được sửa chữa trong quá trình khâu âm đạo.

# BÀN LUẬN

## **Biến chứng:**

**Các biến chứng sau phẫu thuật sớm (trước 6 tuần)**

### **Bí tiểu thoáng qua:**

Chúng tôi cũng không ghi nhận TH nào bí tiểu sau mổ.

Biến chứng khi căng giá đỡ dưới niệu đạo quá mức hay do giảm co thắt cơ bàng quang. Bí tiểu được phát hiện ngay sau mổ.

Kỹ thuật mổ đặt giá đỡ dưới bàng quang (TVM), giá đỡ không nằm dưới niệu đạo.

mTVM, chúng tôi luôn luôn đặt thông niệu đạo trước đặt giá đỡ, do đó tránh hậu quả căng giá niệu đạo quá mức.

# BÀN LUẬN

## Xói mòn âm đạo (lộ giá đỡ âm đạo)

Tỉ lệ xói mòn âm đạo 8,3% [42], trong một vài nghiên cứu, đòi hỏi phải lấy giá đỡ lộ ra ngoài.

Yếu tố nguy cơ: teo âm đạo, sẹo âm đạo, thủng âm đạo không được biết trong mổ và nhiễm khuẩn hay đào thải giá đỡ tổng hợp.

Tác giả	Tỉ lệ xói mòn âm đạo
Julian (1996) [42]	8,3%
De Tayrac (2002) [24]	2,8%
N.V.Ân [2]	0%
Chúng tôi	0%

Chúng tôi không có TH nào xói mòn âm đạo. Có thể do số lượng TH còn ít và thời gian theo dõi còn ngắn và có thể do dùng giá đỡ tổng hợp là **PVDF (Polyvinylidene Fluoride)**.

# BÀN LUẬN

## **Các biến chứng sau phẫu thuật muộn (sau 6 tuần)**

### **Rối loạn tiểu mới xuất hiện:**

Tiểu gấp sau mổ không giải thích được, có thể nghĩ do sự kích thích bàng quang, niệu đạo sau đặt giá đỡ.

Chúng tôi có 6 TH (18,8%) tiểu gấp, sau khi làm các xét nghiệm loại trừ nhiễm khuẩn niệu, chúng tôi sử dụng thuốc kháng đối giao cảm (anticholinergique).

Sau 3 tháng giảm còn 4 TH, sau 6 tháng giảm còn 1 TH. Không còn TH nào sau mổ 12 tháng.



# BÀN LUẬN

## Các biến chứng sau phẫu thuật muộn (sau 6 tuần)

### Giao hợp đau:

Sau mổ 3 tháng, 6 TH cải thiện hoạt động tình dục. Tuy nhiên có 1 TH (16,7%) cảm giác đau khi quan hệ tình dục.

Hoạt động tình dục của người phụ nữ bị ảnh hưởng : tâm lý, xã hội học, bản thể (physical) và môi trường [33].

Tuổi tác và mãn kinh có ảnh hưởng tiêu cực lên hoạt động tình dục.

BN sa bàng quang có hoạt động tình dục kém hơn so với những người cùng tuổi mà không sa bàng quang [71].

[33] Fabre LF, Smith LC (2012) "The effect of major depression on sexual function in women". J Sex Med, 9 (1), pp. 231-9.

[71] Vaccaro CM, Mutema GK, Fellner AN, Crisp CC, Estanol MV, Kleeman SD, et al. (2013) "Histologic and cytologic effects of vaginal estrogen in women with pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial". Female Pelvic Med Reconstr Surg, 19 (1), pp. 34-9.

# BÀN LUẬN

## **Đánh giá biến chứng phẫu thuật theo thang điểm Clavien - Dindo**

Chúng tôi có 2 TH (6,2%) có biến chứng độ 1.

2 TH này, hậu phẫu thứ nhất: sốt và bạch cầu máu tăng.

Chuyển từ kháng sinh dự phòng sang kháng sinh điều trị và hạ sốt. Cả 2 TH là sa bàng quang tái phát, trong quá trình bóc tách âm đạo khó khăn do viêm dính nhiều .

# KẾT LUẬN

Trong 32 TH sàng quang độ II và III có kèm rối loạn tiểu được mổ từ 02/2018 - 07/2019 tại Bệnh viện Bình Dân, chúng tôi rút ra kết luận sau đây:

1/Thể lâm sàng thường gặp là sa bàng quang kèm rối loạn tiểu, khối sa âm đạo và rối loạn tình dục.

- CLS là các xét nghiệm thường quy.
- Cộng hưởng từ tổng phân.
- Niệu động lực học áp dụng trong những TH tái phát hay có bệnh đường tiểu dưới khác kết hợp.

# KẾT LUẬN

2/Phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt để điều trị sa bàng quang có tính hiệu quả:

- Tỷ lệ thành công về phục hồi giải phẫu 100% (POPQ sa độ II- III).
- Tỷ lệ thành công về rối loạn tiểu chung 78,1%.
- Tỷ lệ thành công về TKKSKGS 100%.
- Không cần thiết phải kết hợp TVM và TOT/TVT .
- Kỹ thuật đặt giá đỡ bàng quang cải biên (mTVM) tăng tỷ lệ thành công TKKSKGS .
- Có phục hồi rối loạn tình dục, tuy nhiên còn mang định tính.

# KẾT LUẬN

3/Tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt thấp, theo thang điểm Clavien - Dindo 6,2% độ 1.

- Chúng tôi không có TH nào xói mòn âm đạo, tuy nhiên cần theo dõi số TH nhiều hơn và lâu hơn.
- Ngoài ra chúng tôi còn nhận thấy: hiệu quả về mặt thẩm mỹ cao vì chỉ có 4 sẹo nhỏ (0,5cm) ở 2 bên bẹn và gần như không còn thấy rõ theo thời gian.

# CẢM ƠN ĐÃ LẮNG NGHE

